This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

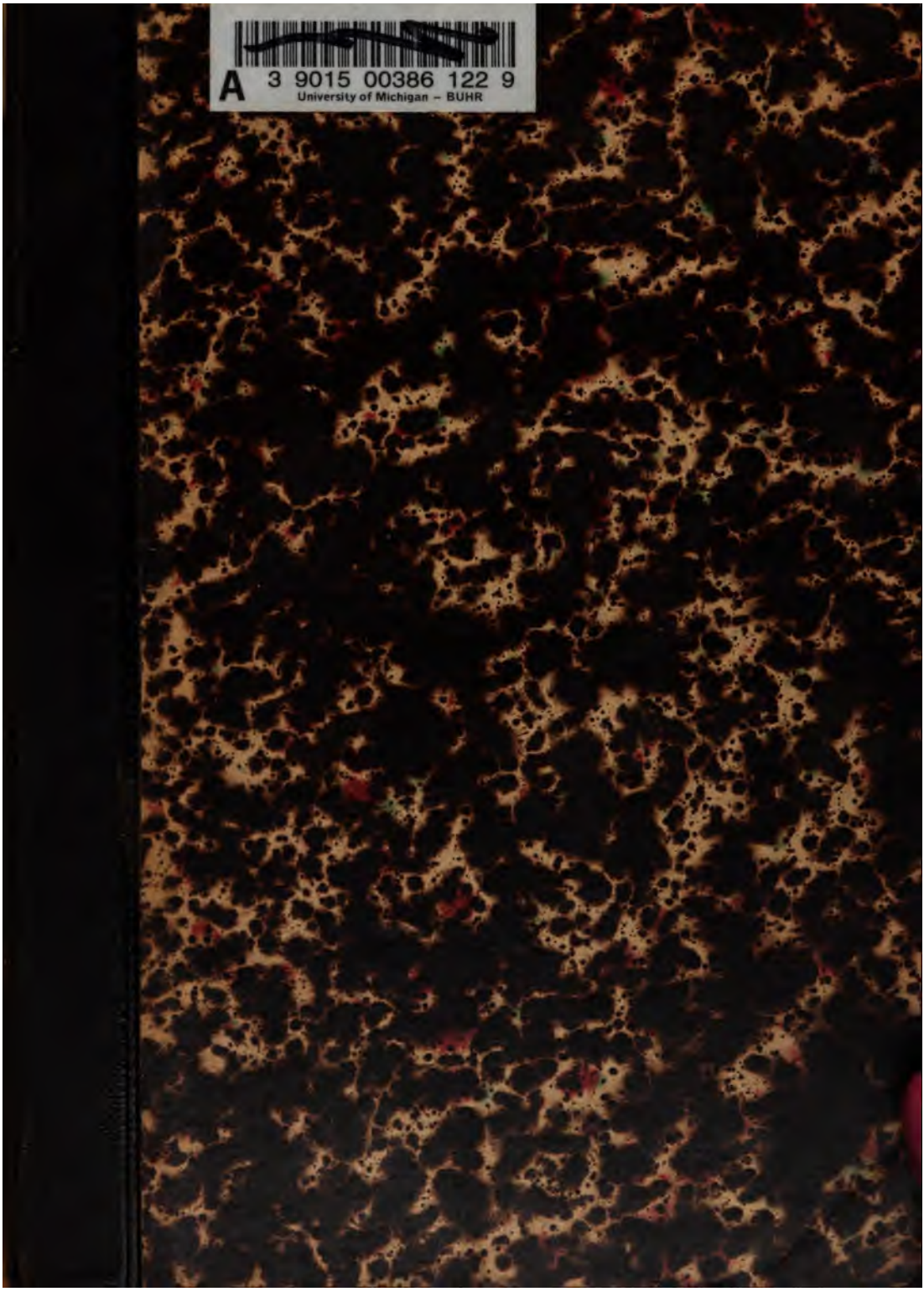
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

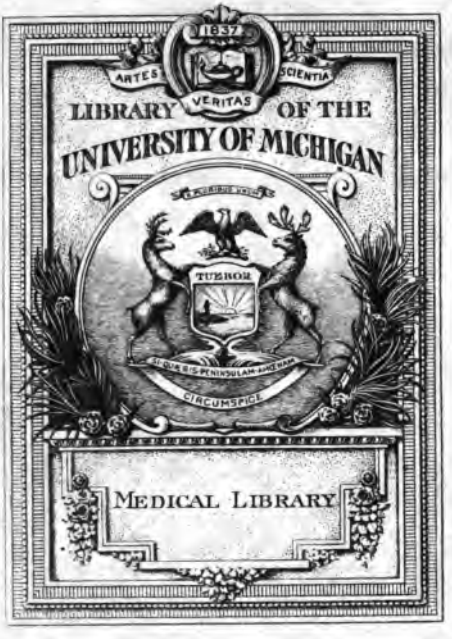
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

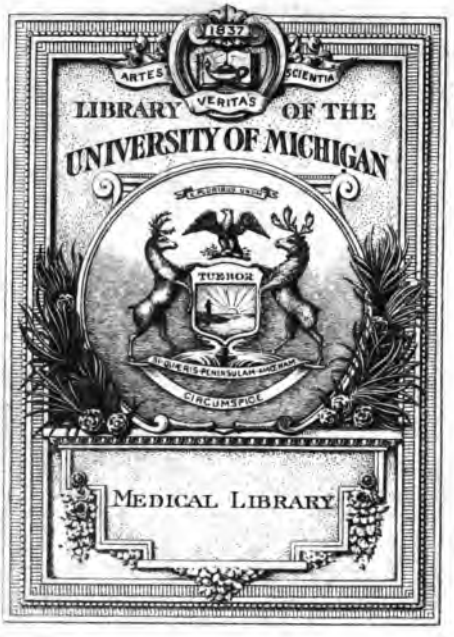
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

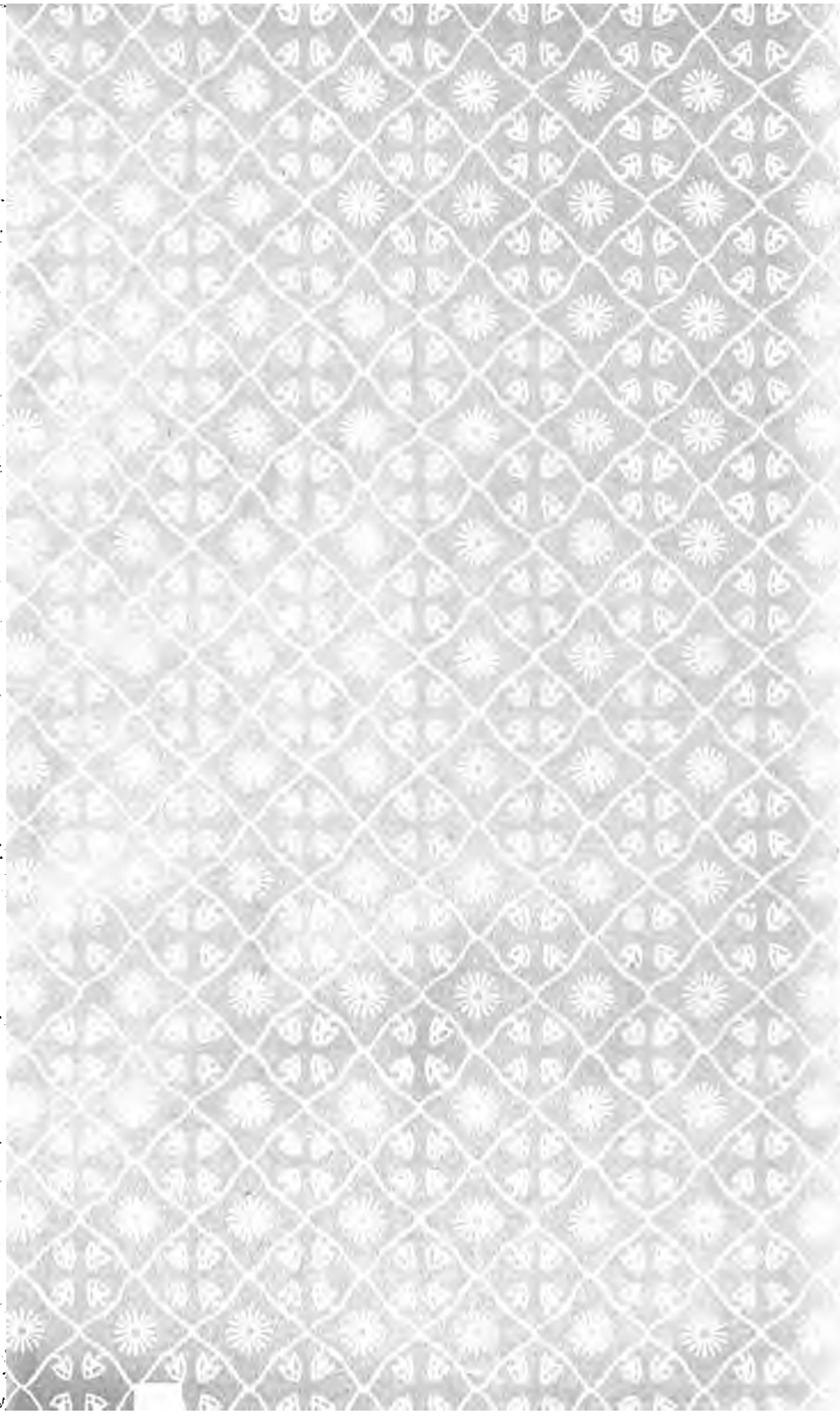
Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.


A 3 9015 00386 122 9
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



Berliner dermatologische gesellsch

610.5
B523
D4

Verhandlungen

der

Dermatologischen Vereinigung zu Berlin.

Herausgegeben

von dem

Vorstande des Vereins.

Jahrgang

1887—1888.

Sonderabdruck aus der „Deutschen Medicinischen Wochenschrift" 1889.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. S. Guttmann.

Leipzig.

Verlag von Georg Thieme.

1889.

Vorstand des Vereins

für das Vereinsjahr 1887/88.

Vorsitzende: Herr **G. Lewin,** Geh. Med.-Rath und Professor.
„ **Köbner,** Professor.
Schriftführer: Herr **H. Müller.**
„ **O. Rosenthal.**

Aufnahme-Commission.

Ausser den Mitgliedern des Vorstandes:

Herr **Behrend,** Privat-Docent.
„ **H. Heymann.**
„ **Lassar,** Privat-Docent.

Mitglieder-Verzeichniss.

1. Dr. Behrend, Privat-Docent, Mittelstrasse 22.
2. „ A. Blaschko, Michaelkirchstrasse 6.
3. „ Boer, Kaiserhofstrasse 3.
4. „ Casper, Leopold, Friedrichstrasse 201.
5. „ Friedländer, Jul., Markusstrasse 3.
6. „ Fürbringer, Professor, Städt. Krankenhaus Friedrichshain.
7. „ Gericke, Wilhelmstrasse 88.
8. „ Heymann, Heinrich, Unter den Linden 59.
9. „ Hoffmann, L., Kronenstrasse 75.
10. „ Holz, Köpnickerstrasse 143.
11. „ Jastrowitz, Dirig. Arzt in Maison de santé, Luisenstrasse 29.
12. „ Joseph, Potsdamerstrasse 134a.
13. „ Isaac, Karlstrasse 19.
14. „ Köbner, Professor, Magdeburgerstrasse 3.
15. „ Lassar, Privat-Docent, Karlstrasse 18a.
16. „ Lewin, Geh. Med.-Rath, Professor, Roonstrasse 8.
17. „ Lewinski, Privat-Docent, Kurstrasse 9.
18. „ Liebreich, Professor, Dorotheenstrasse 34a.
19. „ Margoniner, Weinbergsweg 7.
20. „ Meyer, G., Leipzigerstrasse 133.
21. „ Müller, Heinrich, Prinzenstrasse 99.
22. „ Oestreicher, Karlstrasse 19.
23. „ Pinner, Isidor, Kommandantenstrasse 56.
24. „ Pohl-Pincus, Potsdamerstrasse 118a.
25. „ Posner, Köthenerstrasse 4.
26. „ Pulvermacher, Bülowstrasse 21.
27. „ Riebel, Stabsarzt, Dessauerstrasse 29.
28. „ Rosenthal, Oscar, Potsdamerstrasse 23.
29. „ Saalfeld, E. Rosenthalerstrasse 55.
30. „ Sternberg, Friedrichstrasse 105c.
31. „ Stranz, Neue Königstrasse 19c.
32. „ Zülzer, Professor, Kronprinzen-Ufer 3.

Medical
Müller
3-21-27
13902
6v.

Satzungen

der

Berliner dermatologischen Gesellschaft.

§ 1.

Die Berliner dermatologische Gesellschaft ist hervorgegangen aus der im November 1886 gegründeten „Dermatologischen Vereinigung zu Berlin". Die Berliner dermatologische Gesellschaft verfolgt den Zweck, wissenschaftliche Bestrebungen auf dermatologischen und verwandten Gebieten durch Mittheilungen und Vorträge über special-wissenschaftliche Fragen sowie durch Demonstrationen zu fördern und ein collegiales Verhältniss unter ihren Mitgliedern anzubahnen und zu erhalten.

§ 2.

Zu diesem Zweck findet jeden ersten Dienstag Abend der Semestermonate eine Zusammenkunft statt, deren Dauer im Allgemeinen $1^1/_2$ Stunden nicht überschreiten soll.

§ 3.

Die Gesellschaft besteht aus ordentlichen, correspondirenden und Ehrenmitgliedern.

§ 4.

Ordentliches Mitglied der Gesellschaft kann jeder in Deutschland approbirte Arzt werden. Die Aufnahme erfolgt auf schrift-

lichen an den Vorstand gerichteten und von diesem zur Kenntniss der Gesellschaft gebrachten Vorschlag eines Mitgliedes der Gesellschaft durch die Aufnahmecommission. Dieselbe besteht aus dem Vorstande und drei Mitgliedern.

Die Aufnahmecommission ist beschlussfähig bei Anwesenheit von mindestens der Hälfte ihrer Mitglieder, sie entscheidet mit Dreiviertel Majorität der Anwesenden.

§ 5.

Correspondirende und Ehrenmitglieder können auf Vorschlag des Vorstandes durch die Versammlung in geheimer Abstimmung mit absoluter Mehrheit der anwesenden Mitglieder nach vorheriger Ankündigung auf der Tagesordnung ernannt werden.

§ 6.

Die Geschäfte der Gesellschaft führt der Vorstand. Derselbe besteht aus dem Vorsitzenden, einem ersten und einem zweiten stellvertretenden Vorsitzenden, einem Schriftführer und einem Kassenführer, welch letzterer zugleich Bibliothekar ist und in Behinderungsfällen den Schriftführer vertritt.

Nach aussen wird die Gesellschaft durch den Vorsitzenden vertreten.

Der Vorstand und die Aufnahmecommission werden alljährlich in der im Anfange des Wintersemesters stattfindenden Generalversammlung in geheimer Abstimmung durch absolute Stimmenmehrheit aus der Zahl der ordentlichen Mitglieder gewählt. Bei Stimmengleichheit entscheidet das durch die Hand des Vorsitzenden zu ziehende Loos. Acclamation ist zulässig.

§ 7.

Jedes ordentliche Mitglied hat einen Jahresbeitrag von 6 Mk. praenumerando zu zahlen.

§ 8.

Die Mitgliedschaft erlischt:

1. durch den Tod;
2. wenn ein Mitglied trotz der ihm zugegangenen Mahnung

seitens des Kassenführers mit seinem Beitrag länger als ein Jahr im Rückstand bleibt.

3. durch freiwilligen Austritt.

Ein ausgeschiedenes Mitglied hat kein Anrecht an das Vermögen der Gesellschaft.

§ 9.

Statutenänderungen sowie die Auflösung der Gesellschaft können nur in der ordentlichen oder in einer zu diesem Zweck berufenen ausserordentlichen Generalversammlung mit Zweidrittel Majorität der Anwesenden beschlossen werden.

Eine ausserordentliche Generalversammlung muss auf Antrag von mindestens einem Drittel der ordentlichen Mitglieder berufen werden. —

Anträge auf Auflösung der Gesellschaft müssen mindestens 4 Wochen vorher den Mitgliedern zur Kenntniss gebracht sein.

Ueber das Vermögen der Gesellschaft verfügt die die Auflösung beschliessende Generalversammlung.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Statuten

der

Dermatologischen Vereinigung

zu Berlin.

---

§ 1.

Die dermatologische Vereinigung hat den Zweck, den Fachgenossen auf dermatologischen und verwandten Gebieten Gelegenheit zu persönlicher Annäherung und zu Mittheilungen über specialwissenschaftliche Fragen und Krankheitsfälle zu geben.

§ 2.

Zu diesem Zwecke findet jeden ersten Dienstag des Semestermonats, Abends von 8—9 Uhr, eine Zusammenkunft statt.

§ 3.

Die Geschäfte der Vereinigung leiten zwei Vorsitzende, die alternirend in den Sitzungen präsidiren; ausserdem ernennt die Vereinigung zwei Schriftführer, von denen der eine die Kasse verwaltet. Der Vorstand wird alljährlich im Anfang des Wintersemesters gewählt.

§ 4.

Ueber die Aufnahme neuer Mitglieder entscheidet eine Commission von 7 Mitgliedern. Jedes Mitglied zahlt einen Jahresbeitrag von 3 Mark.

§ 5.

Auf Antrag von einem Drittel der Mitglieder kann in einer eigens dazu berufenen Versammlung mit Zweidrittel Majorität der Anwesenden eine Statutenänderung resp. die Auflösung der Vereinigung beschlossen werden.

Inhaltsverzeichniss der Sitzungsprotokolle.

		Seite
1887		
Novbr. 1	Generalversammlung	1
	Neuwahl des Vorstandes. Kassenbericht	1
	Herr Feibes: Ein Fall von Mycosis fungoides (mit Krankenvorstellung)	1
	Discussion	1
	„ Isaac: Ueber Lichen ruber (mit Krankenvorstellung)	2
	Discussion	2
Decbr. 6.	„ Lewin: Ein Fall von Lepra tuberosa (mit Krankenvorstellung)	2
	„ Lewin: Seltener Fall von papulösem Syphilid (mit Krankenvorstellung)	3
	„ Lewin: Ueber Leucoderma syphiliticum (mit Krankenvorstellung)	4
	„ Lewin: Ein Fall von Lichen syphiliticus universalis (mit Krankenvorstellung)	3
	„ Lewin: Fall von Ekzem der Schamlippen bei Diabetes (mit Krankenvorstellung)	3
	Discussion	3
	„ Lewin: Ueber die Entwickelung von Hodengeschwülsten (mit Demonstrationen)	3
1888		
Januar 3.	„ Saalfeld: Fall von Lichen ruber linguae et penis (mit Krankenvorstellung)	4
	Discussion	4
	„ Oestreicher: Ein Fall von Exanthem nach Revaccination (mit Krankenvorstellung)	4
	Discussion	4
	„ Köbner: Fall von serpiginösem Syphilid mit Hodengeschwulst (mit Krankenvorstellung)	4
	Discussion	5
	„ Köbner: Ein Fall von destruirender Nasen- und Rachensyphilis (mit Krankenvorstellung)	5

1888				Seite
Februar	7.	Herr	Isaac: Fall von Urticaria pigmentosa (mit Krankenvorstellung)	6
			Discussion	6
		„	Isaac: Fall von Lichen ruber bei einem Kinde von 16 Monaten (mit Krankenvorstellung)	6
			Discussion	6
		„	Lewin: Fall von Fleckenerythem (mit Krankenvorstellung)	6
			Discussion	6
		„	Lewin: Ein Fall von Acne syphilitica (mit Krankenvorstellung)	6
		„	Lewin: Ein Fall von Erythema nodosum der Unterschenkel (mit Krankenvorstellung)	6
		„	Hoffmann: Ueber Calomelinjectionen bei Syphilis	7
			Discussion	7
		„	Posner: Ueber eine hochgradige Strictur der Harnröhre (mit Demonstrationen)	7
			Discussion	8
März	6.	„	Blaschko: Ueber Molluscum contagiosum (mit Demonstrationen)	8
			Discussion	8
		„	Lewin: Ein Fall von Tuberculose der Nebenhoden und der Prostata (mit Krankenvorstellung)	8
			Discussion	8
		„	Boer: Fall von Abscess der hinteren Pharynxwand (mit Krankenvorstellungen)	9
		„	Boer: Fall von Erythema circinatum mit Syphilis (mit Krankenvorstellung)	9
		„	O. Rosenthal: Ueber Photoxylin (mit Demonstrationen)	9
			Discussion	9
Mai	1.	„	Köbner: Brief über Syphilis der Hoden	9
		„	O. Rosenthal: Fall von ausgebreiteter Acne varioliformis (mit Krankenvorstellung)	10
			Discussion	10
		„	O. Rosenthal: Fall von Leucoderma an den Nates (mit Krankenvorstellung)	10
			Discussion	10
		„	Saalfeld: Therapeutische Mittheilungen	11
			Discussion	11
Juni	5.	„	Lewin: Fall von Defect des knorpligen Theils der Nase (mit Krankenvorstellung)	12
			Discussion	12
		„	Lewin: Ein Fall mit Trachealcanüle seit 21 Jahren (mit Krankenvorstellung)	12
		„	Lewin: Fall von Tuberculose des Nebenhodens (mit Krankenvorstellung)	12
			Discussion	12
		„	Margoniner: Fall von Herpes tonsurans maculosus universalis (mit Krankenvorstellung und Demonstration)	12
			Discussion	13
		„	O. Rosenthal: Ein Fall von Syphilis maligna (mit Krankenvorstellung)	13
			Discussion	13

1888			Se
Juli	3.	Herr Köbner: Fall von syphilitischer Muskelerkrankung (mit Krankenvorstellung)	
	„	Saalfeld: Ein Fall von Carcinoma penis (mit Kranken-vorstellung)	1
		Discussion	1
		Statutenänderung.	
	„	Lewin: Ueber Endarteritis syphilitica (mit Demonstration)	15
	„	Lewin: Fall von syphilitischer Facialislähmung (mit Krankenvorstellung)	15
		Discussion	15
	„	Oestreicher: Fall von eigenthümlichem Erythem (mit Krankenvorstellung)	15
		Discussion	16
	„	O. Rosenthal: Ueber Anthrarobin (mit Kranken-vorstellungen)	16
		Discussion	17

Sitzung am 1. November 1887.

Vorsitzender: Herr Köbner; Schriftführer: Herr Müller.

1. Herr Rosenthal verliest auf Aufforderung des Vorsitzenden den Bericht über das abgelaufene erste Vereinsjahr.

2. Neuwahl des Vorstandes. Auf Antrag des Herrn Hoffmann wird der bisherige Vorstand, bestehend aus den Herren Lewin und Köbner als alternirenden Vorsitzenden, H. Müller und O. Rosenthal als Schriftführern, durch Acclamation wiedergewählt.

3. Herr Feibes stellt einen Fall von **Mycosis fungoides** aus Dr. Lassar's Klinik vor.

Die Erkrankung begann nach Angabe des Patienten vor etwa drei Jahren mit der Bildung eines Knotens am rechten Oberschenkel. Aehnliche Tumoren entwickelten sich dann zerstreut an der ganzen Körperoberfläche; sie wuchsen und kamen zum Theil zu einem sulzigen Zerfall. Das Allgemeinbefinden zeigte sich nicht wesentlich gestört, nur wenn Geschwülste zerfielen, fühlte sich der Patient wegen eines continuirlichen Kältegefühls am wohlsten im Bett. Fieber war nur vorübergehend vorhanden. Einen sehr überraschenden Erfolg hatte die Behandlung mit Quecksilberinjectionen und Jodkalium. Namentlich ging ein frambösieartiger Krankheitsherd am Arm rasch zurück, ebenso verkleinerte sich eine $1^1/_2$ mannsfaustgrosse Geschwulst am Oberschenkel ziemlich schnell mit Zurücklassung einer Narbe: auch mehrere vorhandene rupia- und ekzemartige Stellen besserten sich zusehends. Dunkle Pigmentflecke sind als Reste früherer Efflorescenzen vielfach zu sehen. Patient bestreitet, jemals syphilitisch gewesen zu sein. Die locale Behandlung bestand im Auftragen von Kochsalzlösung und Calomel. Der Kräftezustand des Kranken ist jetzt befriedigend, der Appetit steigerte sich unter der eingeschlagenen Behandlung ausserordentlich. Seit einiger Zeit indess scheint in dem Fortschreiten der Besserung ein Stillstand eingetreten zu sein.

Herr Köbner bemerkt, dass die Stelle am linken Arm jener Form der Syphilis gleiche, welche man früher als Radesyge zu bezeichnen pflegte: für diese Auffassung sprach auch der Erfolg der antisyphilitischen Behandlung, den man bei wahrer Mycosis fungoides bisher niemals constatirt habe. Ferner falle die grosse Härte der Mehrzahl der Tumoren und ihr tiefer Sitz im Unterhautzellgewebe auf, während die Geschwülste der Mycosis fungoides aus der Cutis selbst hervorgingen.

Herr Lassar bestätigt, dass nach der stattgefundenen histologischen Untersuchung die Tumoren im Unterhautzellgewebe sitzen. Auch er hielt den Fall nicht für einen eindeutigen. Zunächst hatte er allerdings den Eindruck, dass es sich um eine schwere Form von Lues handle, doch sprechen gegen die Annahme von Gummigeschwülsten der Mangel von Vereiterung und Narbenbildung. Trotz der Zweifel in der Diagnose wurde deshalb die antisyphilitische Behandlung eingeschlagen, zumal es nicht ausgeschlossen erschien, dass sich eine derartige antiparasitäre Therapie auch bei anderen Infectionsgeschwülsten nützlich erweisen könnte. Der Erfolg lasse vielleicht den Schluss zu, dass es sich im vorliegenden Falle um eine der Syphilis sehr nahe stehende Infectionskrankheit handle. Schliesslich erwähnt Herr Lassar, dass auf der letzten Naturforscherversammlung Hochsinger und Schiff die von Disse demonstrirten Syphiliskokken sofort mit denen identisch erklärten, welche sie selbst bei Mycosis fungoides gefunden hatten.

In dem vorgestellten Falle fand Redner bei der vorläufigen histologischen Untersuchung die Knoten im wesentlichen aus lockerem Bindegewebe mit eingestreuten Entzündungsherden bestehend.

4. Herr Isaac: Ueber **Lichen ruber.** Vortr. bemerkt zunächst, dass die Krankheit, die verhältnissmässig selten sein solle, in Lassar's Klinik häufig beobachtet werde. Allein innerhalb der letzten vier Wochen seien fünf neue Fälle, von denen vier vorgestellt werden, aufgenommen worden. Der Unterschied zwischen Lichen acuminatus und planus komme in der Klinik nicht recht zur Geltung; fast immer finde sich nur L. planus. Endlich sei bemerkenswerth, dass bei fast allen Kranken mit Lichen ruber Drüsenanschwellungen gefunden werden; es deute dies doch wohl darauf hin, dass es sich um eine Infectionskrankheit handle. Bei dem einen der vorgestellten Kranken haben sich auch Lichenknötchen auf der Mundschleimhaut entwickelt.

Herr Lassar macht darauf aufmerksam, dass sich in dem einen Falle die Köbner-Wutzdorf'schen Kratzlinien sehr deutlich vorfinden. Der eine der vorgestellten Patienten behauptete, die Krankheit von einem Hunde acquirirt zu haben, der, wie nachgewiesen wurde, mit Acarus behaftet war; bei dem Kranken selbst wurden keine Milben gefunden.

Herr Köbner bemerkt, dass der Hunde-Acarus sich nicht auf den Menschen übertrage.

Herr Lassar hat wiederholt gesehen, dass bei Personen, die mit räudigen Hunden zu thun gehabt hatten, wie Hundescheerern, Hundewärtern, Jägern, ein scabiesartiger Ausschlag entstand; es scheinen also durch den Verkehr mit räudigen Hunden, wenn auch nicht Scabies, so doch Reizzustände der Haut beim Menschen erzeugt zu werden.

Sitzung am 6. December 1887.

Vorsitzender: Herr Lewin; Schriftführer: Herr Müller.

Herr Lewin stellt vor:

1. Einen Patienten mit **Lepra tuberosa.** Der Kranke, neunzehn Jahre alt, stammt aus einer Familie, in welcher auch nicht entfernteste Verwandte von Lepra befallen waren. Er ist in Galveston, am Golf von Mexico, geboren, woselbst kein Leprafall vorgekommen sein soll. In Gegenden, wo Lepra herrscht, ist er nie gereist. Hauptsächlich ist das Gesicht von Knoten besetzt, welche zum Theil eitrig zerfallen sind. Dasselbe gilt von den kleinen Knötchen auf der Schleimhaut des Velums. Eine Anzahl kleinster Knötchen findet sich auch im Irisgewebe. Auf Vola und Planta besteht ein stark

ausgeprägtes Xeroderma. Vortragender will den Fall in der Berliner medicinischen Gesellschaft vorstellen und dort auf die Details näher eingehen, enthält sich deshalb jetzt derselben und erwähnt nur, dass er die verschiedensten Mittel bisher ohne jeden Erfolg versucht hat, so auch Injectionen von Quecksilberpräparaten. Ebenso erfolglos war die von Unna empfohlene Therapie.

2. Einen Fall von **papulösem Syphilid,** welcher wegen der Intensität und der hämorrhagischen Färbung des Exanthems besonderes Interesse darbietet. Die Infection hat im Juli stattgefunden, die Sclerose besteht zur Zeit noch.

3. Eine Kranke mit auffallend ausgeprägtem **Leucoderma syphiliticum.** Vortragender legt zugleich Abbildungen seltener Art der Affection vor und bemerkt, dass ihm dieselbe häufig mit Erkrankungen des Uterus im Zusammenhang zu stehen scheine; bei Männern sehe man das Leucoderma bekanntlich äusserst selten. Die vorgestellte Patientin leidet an Parametritis.

4. Einen Fall von **Lichen syphiliticus,** der fast über den ganzen Körper verbreitet ist. Vortr. discutirt die Differentialdiagnose zwischen Lichen syphiliticus und vulgaris. Nachdem bei der Patientin Quecksilbercuren, ohne zur vollständigen Heilung zu führen, gebraucht worden waren, wurde diese durch Levicowasser in kurzer Zeit vollendet.

5. Eine ältere Frau, welche an einer **eczemähnlichen Affection der Schamlippen** leidet. In der Umgebung der Harnröhre finden sich Epithelverfettungen, wegen deren Patientin mit der Diagnose Syphilis ins Krankenhaus geschickt wurde. Die Localisation und Art der Erkrankung führte den Vortr. schon bei der ersten Inspection zu der Vermuthung, dass es sich um Diabetes mellitus handle, was die Untersuchung des Urins bestätigte. Beim Manne hat er in Folge von Diabetes nicht allzu selten Phimose entstehen sehen, ja aus der Art derselben auf vorhandenen Diabetes geschlossen. Bei zwei solchen Patienten constatirte Prof. Salkowski circa vier Procent Zucker. Die Kranken, sowie die sie bis dahin behandelnden Aerzte hatten von der Existenz des Diabetes keine Ahnung.

Herr Müller erinnert an einen Vortrag, welchen Oscar Simon auf dem Londoner internationalen Congress über Balanitis und Phimose bei Diabetikern gehalten hat; ähnliche Beobachtungen seien aber auch schon vor Simon gemacht und publicirt worden.

Herr Pinner fragt, ob es sich in dem vierten vorgestellten Falle nicht um einen Lichen scrophulosorum handeln könne; dies würde die Wirkung des Levicowassers eher erklären.

Herr Lewin erwidert, dass gegen einen Lichen scrophulosorum eine Anzahl Kriterien, so auch die Localisation spreche, auch zeige die Patientin keine anderen scrophulösen Erscheinungen. Ferner sei bei ihr das Leiden erst aufgetreten, nachdem andere Formen von Lues vorhergegangen waren.

6. Herr Lewin demonstrirt an einer Wandtafel, sowie an vorgelegten Präparaten und an einem Kranken die **Entwickelung von Hodengeschwülsten.** Zum Verständniss einzelner Hodentumoren sei vor allem der embryonale „Wolff'sche Körper" zu berücksichtigen. Derselbe besteht (wie in Abbildungen gezeigt wird) aus Generationsdrüse, Blinddärmchen deren Ausführungsgang und dem Müller'schen Faden. Während bei der Entwickelung zum weiblichen Geschlecht die Generationsdrüse Ovarium, die Blinddärmchen Parovarium und der Müller'sche Faden Tuba wird, wandeln sich beim männlichen Geschlecht die Generationsdrüse zum Hoden, die Blinddärmchen zum Nebenhoden um. Der Müller'sche Faden, hier ohne functionelle Bedeutung, obliterirt nicht ganz, sondern residuirt mit seinem Anfangsstück, einem Kölbchen, welches einen kleinen Tumor bildet, den

man, wenn auch sehr willkürlich, „Morgagni'sche Hydatide" benannt hat. Neben dieser findet man aber noch andere ähnliche, cystenartige Geschwülste, welche man entweder als cystenartig erweiterte Vasa efferentia des Nebenhodens oder als rudimentäre Reste der Blinddärmchen ansehen muss. Eine grosse Anzahl Anatomen und Physiologen haben sich mit der Deutung dieser Gebilde beschäftigt, so namentlich Kobelt, Luschka, Becker, Rokitansky und Roth, dieselben widersprechen sich aber in ihren Ansichten. Als Resultat seiner vielfachen Untersuchungen stellt der Vortragende Folgendes auf: 1) Die Eintheilung der Hydatiden in „gestielte" und „ungestielte" der Autoren ist willkürlich und werthlos. 2) Die Hydatiden zerfallen vorzüglich in zweierlei Arten. Die eine ist mit Pflasterepithel überzogen, enthält aber im Innern einen Canal mit Flimmerepithel. Die andere Art, mit Cylinderepithel überzogen, zeigt im Innern Höhlungen mit Flimmerepithel. Diese letzteren Cysten sind höchst wahrscheinlich Reste des Müller'schen Fadens; die ersteren dagegen entweder ektatisch erweiterte Samencanälchen oder Rudimente derselben.

Der Vortragende geht auf die durch diese Cysten entstehenden grösseren Tumoren und namentlich die Spermatocelen ein. Die Differentialdiagnose sei von um so grösserer Bedeutung, weil sie allein die Indication für die richtige Therapie, eventuell Operation leiten könne. — Zur Illustration wurden eine Anzahl Präparate vorgezeigt. (Eine grössere Arbeit über dieses Thema erscheint demnächst in dem Arch. für Dermatol. und Syph.)

Sitzung am 3. Januar 1888.

Vorsitzender: Herr Köbner; Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Herr Saalfeld stellt einen Fall von **Lichen ruber linguae et penis** vor. Derselbe zeichnet sich dadurch aus, dass nur die Zunge befallen, die übrige Mundschleimhaut frei geblieben ist. Der Kranke wurde mit Arseninjectionen behandelt und zeigte nach drei Woche eine auffallende Besserung.

Auf die Frage des Herrn Pinner, ob Lichen ruber der Mundschleimhaut häufig sei, erwidert Herr Köbner, dass sowohl die frühere Annahme, es komme sehr selten vor, als auch der Ausspruch Crocker's, die Betheiligung der Mundschleimhaut sei eine fast constante, irrig sei; er selbst habe unter 52 Fällen 7 mal auch die Schleimhaut des Mundes erkrankt gesehen.

2. Herr Oestreicher stellt aus der Lassar'schen Klinik ein vierzehnjähriges Mädchen vor, dass **im Anschluss an die Revaccination** zu Weihnachten 1886 erkrankte. Es bekam einen pustulösen, stark juckenden Ausschlag, der, von der Nase beginnend, sich über Gesicht und beide Arme erstreckte. Vortragender schliesst Impetigo contagiosa, Lupus, Impetigo herpetiformis, sowie mit Wahrscheinlichkeit auch Syphilis aus, trotzdem nach 21 Inunctionen à 3,0 eine auffallende Besserung eingetreten sei, und lässt die Diagnose in suspenso.

Während Herr Lassar darauf aufmerksam macht, dass in diesem Falle ein Jahr zwischen der Erkrankung und der Revaccination gelegen habe, erwähnt Herr Köbner, dass er häufiger Fälle von allgemeinen Hautausschlägen nach Revaccination beobachtet habe; in dem vorgestellten Falle sei aber augenblicklich wegen einer infolge der therapeutischen Maassnahmen hervorgerufenen Dermatitis eine Diagnose überhaupt nicht zu stellen.

3. Herr Köbner stellt einen neunundzwanzigjährigen Maurer vor, der, seit dem Jahre 1881 inficirt, zweimal, im Jahre 1882 und 1883, mit Sublimatinjec-

tionen in der Charité behandelt worden war und ausserdem wegen auftretender Geschwüre Decoct. Zittmann. (25 Tage à 500 g) genommen hatte. Ausserdem war noch Jodkalium verordnet worden. Während der Patient sonst gesund aussieht, einen vollen Haarwuchs zeigt und nur eine Lockerung des Zahnfleisches darbietet, zeigt sich am linken Oberschenkel ein ausgebreitetes, serpiginöses, klein ulceröses Syphilid, welches nach mehrwöchentlichem Liegen im Gypsverband wegen Fractur dieses Oberschenkels aufgetreten war, eine alte **Schwellung und Verhärtung beider Hoden und Nebenhoden** (Orchitis, Epididymitis und Periorchitis), sowie eine Anzahl tertiär syphilitischer Narben an der Glans. Vortragender bezieht die Hodenaffection aber nicht auf die Syphilis, sondern auf ein im zwölften Lebensjahr vorangegangenes schweres Trauma, nach welchem beide Hoden sehr schmerzhaft anschwollen. Nebenher macht er auf eine tättowirte Figur am Arme des Patienten aufmerksam, die stellenweise durch die sichtbaren tiefen Geschwürsnarben ersetzt ist.

Herr Lewin fasst den vorgestellten Fall anders auf, insofern, als er die Hodenerkrankung als eine specifische ansieht, welche wohl nicht leicht durch ein Trauma bedingt sein könne, wofür die Doppelseitigkeit der Affection sowie die charakteristisch knotige Form und die hauptsächliche Erkrankung der Testes selbst spreche, ferner hält er die Narbe an der Glans für den Locus infectionis, der in Gestalt eines phagedänischen Ulcus sich dargestellt habe, welches bisweilen von gallopirender Syphilis gefolgt werde. Die Resorption des Farbstoffes an der tätowirten Stelle habe mit der Krankheit nichts zu thun, da derartige Tätowirungen mit der Zeit mehr oder weniger schwinden können, und der Farbstoff sich alsdann in den Drüsen ablagert.

Während Herr Köbner die zweifellos traumatische Ursache der Hoden- und Nebenhodenaffection nochmals hervorhebt, knüpft sich an diesen Fall noch eine längere Discussion, zum Theil angeregt durch eine Frage des Herrn Lassar, ob es möglich sei, gonorrhoische von specifischen Residuen bei Hodenerkrankungen differentialdiagnostisch auseinander zu halten, an der sich die Herren Köbner und Lewin betheiligen, und welche, nachdem ersterer die Unterscheidungszeichen beider auseinandergesetzt hat, sich hauptsächlich um die Frage der syphilitischen Erkrankungen des Nebenhodens dreht. Während Herr Köbner dieselbe nach der Arbeit Dron's sowie nach seiner eigenen Erfahrung und auch nach der Ansicht der neueren Wiener Schule als zweifellos vorkommend hinstellt, vertritt Herr Lewin den Standpunkt dass die constitutionell syphilitische Nebenhodenerkrankung niemals der Locus classicus sei, sondern dass die Epididymis nur stets secundär erkranke, nachdem bereits der Hoden ergriffen sei. In gewiss hundert Fällen von selbst beobachteten Gummata des Hodens sei keine Nebenhodenaffection, jedenfalls nicht primär, aufgetreten — Zugleich besteht eine Meinungsverschiedenheit zwischen den Herren Köbner und Lewin über die Häufigkeit der Combination von serpiginösen Syphilid und Hodenaffection, die ersterer für selten, letzterer für nicht so selten hält.

4. Herr Köbner stellt den aus seiner Poliklinik von Herrn Block in der Sitzung vom 1. März 1887 vorgestellten Fall von **destruirender Nasen- und Rachensyphilis** wieder vor. Der Fall ist abgelaufen. Die äussere Form der früher mit vielen Geschwüren bedeckten Nase ist ganz, der Vomer zum Theil erhalten, das knorpelige Septum fehlt seit Jahren völlig, Velum und hintere Rachenwand sind fast vollständig verwachsen. Die Sprache ist gut. Der Schlingact erfolgt ohne Regurgitiren der Speisen und Getränke.

Sitzung am 7. Februar 1888.

Vorsitzender: Herr Lewin; Schriftführer: Herr Müller.

1. Herr Isaac stellt aus der Lassar'schen Klinik ein sieben **Monate** altes Kind mit braunrothem Fleckenexanthem vor, welches zunächst **für ein** syphilitisches gehalten werden konnte, zumal es auch auf Handtellern **und** Fusssohlen vorhanden war und sich multiple Drüsenanschwellungen **fanden.** In den nächsten Tagen stellte es sich indess heraus, dass die Flecke Residuen von Urticariaquaddeln darstellten, und dass es sich also um eine **Urticaria pigmentosa** handele.

Herr Behrend meint, dass nach seinen Erfahrungen die Urticaria pigmentosa häufiger vorkommt, als man nach den Mittheilungen in der Litteratur glauben sollte, und hält die Ansicht Pick's für plausibel, dass es sich bei ihr um eine gewöhnliche Urticaria, verbunden mit Hämorrhagieen, handle. Dafür, dass zwischen beiden kein principieller Unterschied bestehe, spreche auch die von ihm selbst gemachte Beobachtung, dass die Urticaria pigmentosa unter Umständen auch nach der Vaccination unter ganz denselben Verhältnissen vorkommt, wie gewöhnliche Urticaria.

Herr Lewin bemerkt, dass bei der Urticaria pigmentosa selbstverständlich eine Blutung eingetreten sein müsse, da das Pigment eben nur aus dem Blute entstehe.

2. Herr Isaac stellt ferner ein Kind von sechzehn Monaten mit **Lichen ruber** vor; abgesehen von einem Falle Kaposi's, hat er in der Litteratur keine Beobachtung dieser Krankheit gefunden, welche sich auf ein gleich jugendliches Alter bezieht. Er betont nochmals das in Lassar's Klinik auffallend häufig constatirte Vorkommen von Lichen ruber bei Personen, die mit Leder zu thun haben: auch das vorgestellte Kind gehört zu einer Schuhmacherfamilie.

Herr Behrend ist der Meinung, dass man mit Rücksicht auf die Annahme einer Infection doch wenigstens einen Unterschied zwischen gegerbtem und nicht gegerbtem Leder machen müsse. Dass das erstere irgend welche Infectionskeime enthalte, sei wenig wahrscheinlich, auch kommen mit diesem die meisten Menschen Tag für Tag in Berührung.

3. Herr Lewin stellt einen jungen Mann mit einem ausserordentlich intensiven und ausgedehnten **Fleckenerythem** vor, das nach Einreibung mit einer Salbe, welche Patient gegen einen Bubo gebraucht hatte, aufgetreten ist. Das Centrum vieler Flecke zeigt Schuppung, stellenweise finden sich auch hie und da Hämorrhagieen. Um welche Salbe es sich in diesem Falle handelte, konnte vorläufig nicht sicher festgestellt werden, doch behauptet Patient bestimmt, dass dieselbe nicht Quecksilber, wohl aber Jod enthalten habe.

Herr Pinner hat ein ähnliches, vielleicht noch schwereres Exanthem in Lassar's Klinik nach Einreibung mit Quecksilbersalbe,

Herr H. Heymann ein solches nach Gebrauch von unreinem Lanolin gesehen.

4. Herr Lewin demonstrirt ferner eine Patientin mit **Acne syphilitica.** Die Efflorescenzen fallen durch ihre hellrothe, von der gewöhnlichen braunrothen Tingirung syphilitischer Krankheitsproducte sehr abweichende Färbung auf. Zwischen den Knoten dieser Acne syphilitica hat sich infolge von Jodverbrauch noch eine Jodacne gebildet, welche sich scharf von der syphilitischen Acne unterscheidet. Der Vortragende bespricht des näheren die oft schwer zu lösende Differentialdiagnose.

5. Herr Lewin stellt endlich eine Kranke mit **Erythema nodosum** der Unterschenkel vor, welche mit der falschen Diagnose einer Periostitis

gummosa auf seine Abtheilung kam. Der Vortragende bemerkt, dass Verwechselungen von Erythema exsudativum mit anderen Krankheiten, so mit Variola, Gelenkrheumatismus, Typhus, Endocarditis, Diphtherie nicht gar zu selten vorkommen, und belegt dies durch Beispiele.

6. Herr Hoffmann: **Ueber Calomelinjectionen bei Syphilis.** Vortragender bespricht zunächst kurz die Geschichte der Calomelinjectionen, ihre Wiederaufnahme in neuester Zeit durch Neisser und berichtet dann über seine eigenen Erfahrungen. Er hat 16 Patienten mit je sechs Einspritzungen behandelt, im ganzen also 96 Calomelinjectionen gemacht. Schmerzen waren unmittelbar nach der Einspritzung so gut wie gar nicht vorhanden, traten aber am zweiten bis dritten Tage recht intensiv auf. Infiltrate blieben nie aus; sie begannen meist mit leichtem Schüttelfrost und Fieber, die Patienten fühlten sich in den nächsten Tagen sehr matt und waren nahezu arbeitsunfähig. Fünf Mal entstanden auch Abscesse, und zwar namentlich bei Leuten, mit stärker entwickeltem Panniculus adiposus, bei denen auch die Filtrate regelmässig bedeutender waren, als bei mageren Personen. Wenn Neisser und Reinhardt ihre, bezüglich der Nebenerscheinungen besseren Erfolge auf die Methode der Injectionen (strenge Antiseptik, Gebrauch langer Nadeln, Wahl der Oertlichkeit für die Einspritzungen u. dergl.) zurückführen, so muss Vortr. dem gegenüber betonen, dass er alle diese Cautelen ebenfalls sorgfältig beobachtet hat. Was die Wirkung der Calomelinjectionen betrifft, so war dieselbe allerdings eine sehr eclatante. Unter den 16 Fällen waren neun mit den gewöhnlichen secundären Erscheinungen, welche letztere schon nach der zweiten Injection fast geschwunden waren; in den übrigen schwereren Fällen, in denen es sich um ulceröse Syphilide, um Psoriasis palmaris u. dgl. handelte, waren vier bis fünf Einspritzungen nöthig. Wenig günstig erwies sich die Methode bei Zungenaffectionen, da die Plaques leicht in Ulceration übergingen. Vielleicht hänge das damit zusammen, dass überhaupt leicht Stomatitis nach den Injectionen eintritt; der Mundpflege sei deshalb von vornherein grosse Aufmerksamkeit zuzuwenden. In acht Fällen trat auch Dysenteria mercurialis ein, bei einer Person in ziemlich heftigem Grade und nach jeder einzelnen Injection. Sein Gesammturtheil über die Calomelinjectionen fasst Vortragender dahin zusammen, dass ihre Wirkung eine intensive sei, dass aber die heftigen Nebenerscheinungen zu vorsichtigem Gebrauch mahnen.

Herr Lassar bemerkt, dass Smirnoff der erste gewesen sei, welcher die Scarenzio'schen Calomelinjectionen in neuerer Zeit wieder empfohlen hat.

Die weitere Discusion über den Vortrag wird hierauf auf Antrag des Herrn Lewin vertagt.

7. Herr Posner legt makro- und mikroskopische Präparate von einer **hochgradigen Strictur der Harnröhre** vor. Der betreffende siebzigjährige Patient hatte seit etwa dreissig Jahren an derselben gelitten, schliesslich eine Harnfistel am Damm sowie eine schwere Cystitis bekommen und war der letzteren erlegen. Die Section ergab an der stricturirten Stelle sehr starke callusartige Verdickung des Bindegewebes und völlige Verödung der Schwellkörper, ferner eine Balkenblase ziemlich hochgradiger Art und in den von den Muskelbündeln gebildeten Divertikeln Phosphatsteine, deren bedeutendster, wallnussgrosser, eine deutliche, durch den Rand des Divertikels erzeugte halsartige Einschnürung zeigte. Mikroskopisch interessirte namentlich das Verhalten des Epithels an der Stelle der Strictur. Zum Vergleiche hat Vortragender ein Präparat von einer normalen Schleimhautstelle aufgestellt. Das letztere lässt geschichtetes Pflasterepithel erkennen, das aber nur aus wenigen Schichten besteht. An der Stelle der Strictur erhält man

nicht bloss den Eindruck eines hypertrophischen Pflasterepithels, sondern man sieht auch eine deutliche Differenzirung in eine untere Lage von mehr cylindrischen und rundlichen Zellen (Stachelzellen) und eine obere, scharf, ohne jeden Uebergang sich absetzende Schicht, die Vortragender als Stratum lucidum deutet. — Um auch das Epithel der menschlichen Blase an Schnittpräparaten studiren zu können, was für gewöhnlich durch die in der Leiche äusserst rasch auftretende Maceration verhindert wird, liess Vortr. die Harnblase etwa eine halbe Stunde nach dem Tode mit absolutem Alkohol füllen. Das Epithel (Cylinderzellen, darüber Plattenepithel) bleibt dann, wie ein aufgestelltes Präparat zeigt, vortrefflich erhalten. Auf der Schleimhaut der an eitriger Cystitis erkrankten Blase ist dagegen, trotzdem die gleiche Methode der Conservirung angewendet wurde, vom Eptthel nichts mehr zu sehen.

Herr Lewin macht einige Bemerkungen über das Epithel der Urethra.

Sitzung am 6. März 1888.

Vorsitzender: Herr Lewin; Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Herr Blaschko demonstrirt Präparate von **Molluscum contagiosum,** die von Gesicht und Brust eines einjährigen Kindes entstammen. Die Geschwulst geht nach seiner Ansicht vom Rete aus. Cylinder- und Stachelzellenschicht sind normal, dann findet in der Körnerschicht ein Anschwellen der Zellen statt, in der Peripherie zeigt sich eine Zunahme des Keratohyalin (Waldeyer). Das Molluscumkörperchen selbst ist ein Theil des degenerirten Zellinhalts + Zellkern, und zwar zeigt dasselbe die von Recklinghausen angegebenen chemischen Reactionen des Hyalins. Später wird der Kern plattgedrückt, und die Hornsubstanz oberhalb des Molluscumkörperchens zeigt dieselbe hyaline Entartung.

Herr Lewin stimmt den Ausführungen des Herrn Blaschko zu; er hat bereits vor $1^1/_4$ Jahr seine Präparate der Charitégesellschaft demonstrirt, in welcher er die hyaline Degeneration als charakteristisch für das Molluscum contagiosum nachwies. Was die Frage nach dem Wesen des Stratum granulosum betrifft, so hat er schon vor längerer Zeit dargethan, dass diese Schicht aus Cholestearin besteht, darstellbar durch die Reaction mit Essigsäureanhydrid und Schwefelsäure. Auch Prof. Salkowski habe sich davon überzeugt.

An der Discussion betheiligen sich noch die Herren Behrend und Benda.

2. Herr Lewin stellt einen Patienten vor, der sich vor zwei Jahren mit Syphilis inficirt hat. Derselbe zeigt jetzt harte **Knoten der Nebenhoden,** zugleich aber auch einen kleinen, harten **Tumor der Prostata.** Da Gummata in letzterer kaum vorkommen, so hält Vortragender die Affection der Nebenhoden und der Prostata für eine tuberculöse. In solchen Fällen werden allmählich Blase, Nieren und Lungen secundär ergriffen, wie er mehrfach gesehen, und wie dies auch von anderen, so namentlich von Orth, beschrieben worden ist.

Auf die Frage des Herrn Hoffmann, ob nicht bei Tuberculose Schmerzhaftigkeit vorhanden sei, erwähnt Herr Lewin, dass er selbst fünf Fälle von Tuberculose der Prostata beobachtet habe, von denen drei, bei denen allerdings eine Schmelzung des Knotens eingetreten war, sehr schmerzhaft waren.

Herr Lewin erwähnt dann noch, dass solitäre Gummiknoten im Nebenhoden nicht vorkommen; unter, zu diesem Zweck von ihm nachgelesenen

und auch von Virchow durchgesehenen 19—20000 Sectionen des hiesigen pathologischen Instituts waren zwei zweifelhafte Fälle vorhanden, und es giebt keinen Autor, der autochthone Gummata, ohne Betheiligung der Hoden, im Nebenhoden bestimmt nachgewiesen habe. Dron spricht von interstitieller sphilitischer Orchitis, nicht von gummöser. Auch mehrere von ihm direkt befragte Autoritäten der neueren Wiener Schule seien seiner Ansicht, so z. B. Neumann und Pick.

3. Herr Boer stellt a) einen achtundzwanzigjährigen Strumpfwirker vor, der sich im November vorigen Jahres ein Ulcus durum zugezogen hatte und bei dem trotz Calomelinjectionen eine Zunahme der Secundärerscheinungen eintrat. Nach vier Injectionen zeigte sich ein **Abscess der hinteren Pharynxwand.**

b) Ferner stellt Herr Boer einen Syphilitiker vor, bei dem nach Schmiercur und Jodkalium sich eine **Anzahl kreisrunder Efflorescenzen** am Körper zeigte, bei denen der Vortr. Pilze nicht finden konnte.

Herr Lewin hat einen ähnlichen Fall bei einer Dame gesehen, der als **Erythema urticatum** gedeutet wurde.

4. Herr O. Rosenthal hält einen Vortrag über **Photoxylin.** Dasselbe ist von Krysinski eingeführt worden und unterscheidet sich von der Collodiumwolle durch seine Lösungsverhältnisse in Alkohol und Aether. (Der Vortrag ist in den Therapeutischen Monatsheften, April 1888 veröffentlicht.) Vortr. gebrauchte eine fünfprocentige Lösung, die er vorschlägt Photoxylinum solutum zu nennen, ein Photoxylinum elasticum, nach Analogie des Collodium elasticum, wobei auf 50 Theile Photoxylin 1 Theil Ricinusöl kommt, und ein doppelt elastisches Photoxylin, das eine vierprocentige Beimischung von Ol. Ricini enthält. Das Photoxylin. solutum übt eine stark contrahirende Wirkung aus, das elastische Photoxylin bildet eine glatte Decke, die nicht brüchig ist und sich Tage lang hält. Ferner verwendete Vortr. eine zehnprocentige Jodoformlösung theils direkt, theils indirekt auf Gaze oder Watte, und zwar bei Hautwunden, bei Erythema ex frigore, bei cauterisirten lupösen Flächen, zum Decken von Stichöffnungen der bei Lues gemachten Injectionen, bei Furunkeln. Pyrogallussäure und Sublimat lösen sich gut in Photoxylin; Chrysarobin bleibt ungelöst. Auch zu mikroskopischen Zwecken dürfte sich das Präparat verwendbar zeigen.

Herr Pinner möchte dem Photoxylin bei der Anfertigung mikroskopischer Präparate deshalb einen Vorzug vor dem Celloidin einräumen, weil es sich in Alkoholäther löst.

Sitzung am 1. Mai 1888.

Vorsitzender: Herr Rosenthal; Schriftführer: Herr Müller.

Dem Protokolle der vorigen Sitzung wird folgendes Schreiben des Herrn Köbner, betreffend die Discussion über Syphilis des Nebenhodens, beigefügt:

In der Debatte, welche sich an meine Krankenvorstellung in der Januarsitzung d. J. anschloss, habe ich nur die Existenz einer syphilitischen Epididymisaffection überhaupt — welche Herr Lewin, soviel ich verstand, gänzlich in Abrede stellte, — als ein sowohl mir persönlich, als in der Litteratur seit Dron bekanntes und auch von der jüngeren Wiener Schule (im Gegensatz zu Sigmund) anerkanntes Vorkommniss behauptet, hingegen gar nicht über ihre Beziehung zur syphilit. Orchitis und ebenso wenig speciell von gummöser Epididymitis gesprochen. Insofern gegen letztere in der vorigen Sitzung, der ich auch nicht

beiwohnen konnte, gesprochen und eigene oder auswärtige Angaben angeführt sein sollten, wären solche hiernach gegenstandslos. In dem damals von mir gemeinten grossen Lehrbuch von H. und M. Zeissl, sowie in dem Compendium von Finger findet sich die Epididymitis syphilitica ebenso erwähnt, wie sie namentlich in Bäumler's Arbeit (in Ziemssen's Sammelwerk) unter Hinweis auf vier oder fünf verschiedene Beobachter derselben aufgeführt ist.

Was endlich den von mir demonstrirten Fall selbst betrifft, über welchen ich spätere Mittheilungen bezüglich des Verlaufes der von mir als alte, fibröse Reste einer vor der syphilitischen Infection längst abgelaufenen traumatischen Orchitis und Epididymitis aufgefassten Affection in Aussicht stellte, so haben sich diese Reste trotz energischer localer und Allgemeinbehandlung nicht im geringsten verändert, während das umfangreiche serpiginöse Hautsyphilid am Oberschenkel schon in den ersten Wochen der Behandlung geheilt war.

1. Herr Rosenthal stellt einen 29jährigen Mann mit **Acne varioliformis** vor, welche dadurch besonderes Interesse bietet, dass sie nicht auf die Stirnhaargrenze beschränkt, sondern über den ganzen behaarten Kopf verbreitet ist. Therapeutisch hat Vortr. mit einer Salbe aus Resorcin und Borsäure ana 2,0, Vaselin 20,0 vorzügliche Erfolge erzielt.

Herr Isaac rühmt die Behandlung mit Arsen innerlich, der Naphtholpaste Lassar's äusserlich.

Herr Lassar bestätigt die günstige Wirkung des Arsens, an behaarten Stellen empfehlen sich äusserlich Krankenheiler Seife, Sublimatlösung und Salicylöl. Sehr häufig werde die Acne varioliformis mit Syphilis verwechselt, wofür er ein eclatantes Beispiel anführt.

Herr Rosenthal hat in dem vorgestellten Falle auch Salicylöl gebraucht, doch löst seine Salbe viel besser die Krusten, und die Restitution erfolgt unter ihr schneller.

2. Herr Rosenthal demonstrirt einen 26jährigen Maschinenbauer, der sich vor zwei Jahren syphilitisch inficirte und damals, sowie ein Jahr später, wegen eines Recidivs Inunctionen brauchte. Im Februar d. J. kam Patient, welcher röthliche Haare, eine sehr zarte Haut und Neigung zu artificieller Urticaria hat, zum Vortragenden mit Rhagaden am Anus und Plaques an der Zunge; schon damals fielen bei ihm **auf beiden Nates** kleine, **symmetrisch vertheilte, weisse, auf hyperpigmentirter Basis sitzende, rundliche oder unregelmässige Flecke** auf, welche seitdem unverändert geblieben sind. Es sind keine Narben, auch haben an den entsprechenden Stellen keinerlei andere Efflorescenzen gesessen; subcutane Injectionen hat Patient niemals bekommen. Dass die Flecke als Leucoderma syphiliticum aufzufassen seien, hält Vortr. nicht für wahrscheinlich; die Localisation spreche jedenfalls nicht dafür.

Herr Heymann glaubt, dass es sich vielleicht um Striae atrophicae handle, die nicht blos bei schwangeren Frauen vorkommen.

Herr Lassar meint, dass in diesem Falle die Localisation wohl nicht gegen die Annahme einer syphilitischen Erscheinung spreche, regt aber die Frage an, ob die Anwesenden das Leucoderma syphiliticum für pathognostisch halten.

Herr Isaac sieht in der Pigmentanomalie ein Analogon zu den Epheliden, welche auch vorzugsweise bei Personen mit zarter Haut und röthlichem Haar vorkommen.

Herr Müller dachte wie Herr Heymann zuerst an Maculae atrophicae; er sah solche kürzlich in grosser Ausdehnung an den Oberschenkeln eines sonst gesunden Mannes. — Dass das Leucoderma syphilit. nicht nur am

Nacken vorkomme, werde von verschiedenen Autoren, z. B. Poensgen, ausdrücklich angegeben.

Herr Rosenthal bezweifelt das letztere durchaus nicht und meinte nur, dass die Flecke vorzugsweise am Nacken, an anderen Stellen immer nur ganz vereinzelt angetroffen werden. Im übrigen hält er das Leucoderma syphil. für durchaus pathognostisch, so dass sein Vorhandensein für die Diagnose der Lues genüge. Dagegen bestreitet er, dass die leucodermatischen Flecke immer, wie Neisser behauptet, aus vorausgegangenen Efflorescenzen entstehen. Der letzteren Ansicht schliessen sich auch die

Herren Heymann und Margoniner unter Mittheilung specieller Fälle an, ebenso

Herr Lassar, der aber bezweifelt, dass das sogenannte Leucoderma syphil. durchaus specifisch sei; offenbar beruhe es auf einer Gewebszerstörung in der Haut, die wohl auch unter anderen Verhältnissen in derselben Weise vorkommen könne.

3. Herr Saalfeld: **Therapeutische Mittheilungen.** Vortr. hat zunächst das Menthol in der Dermatotherapie zu verwerthen gesucht. Er fand einen drei-, fünf- bis sechsprocentigen Mentholspiritus bei Pruritus viel wirksamer als Carbol- und Salicylsäurelösungen. Ebenso wirkte Menthol-Lanolinsalbe, namentlich bei Pruritus senilis, sehr günstig. Ein vorgestellter 48jähriger Mann, welcher seit $2^1/_2$ Jahren an einem Pruritus aus unbekannter Ursache litt, wurde durch den Gebrauch der genannten Salbe geheilt. — Bei einigen alten, infiltrirten Eczemen schien eine 12- bis 15procentige Mentholsalbe geradezu eine specifische Wirkung zu üben.

Salol wurde vom Vortragenden ebenfalls vielfach in Form einer fünfprocentigen Salbe angewandt, mit besonderem Nutzen, z. B. bei Impetigo contagiosa und bei Eczem mit starker Eiterabsonderung. Bei einem Mann mit alter, Jahre lang vergeblich behandelter Sycosis parasitaria führte die folgende Salbe zu einem sehr günstigen Resultate:

Kali carbon. 1.
Ol. Olivar. 10.
Zinc. oxyd.
Amyl. aa 15
Salol 5
Schwefel 6
Lanolin add. 100

Resorcin hatte in der von Rosenthal angegebenen Salbencomposition mit Borsäure gute Erfoge. Ausserdem wurde es mit Nutzen in zehn- bis fünfzehnprozentigen Salben bei reizbarer Haut statt des Theers angewandt.

Perubalsam zeigte sich, zu 20 bis 30% anderen Salben, z. B. Wilson'scher, zugesetzt, bei verschiedenen Hautkrankheiten nützlich. Sehr wirksam erwies sich oft bei syphilitischen Hautaffectionen die Application einer Mischung von Ungt. praecip. rubr. und Ungt. cinereum aa.

Bei Acne leistete das amerikanische Emplastrum mercuriale gute Dienste.

Gegen Pediculi pubis ist Sublimatessig 1:300 ein bequemes und sicheres Mittel.

Endlich bemerkt der Vortragende, dass er in Uebereinstimmung mit Liebreich das Acid. arsenicosum durchgängig viel besser vertragen werden sah, als die Sol. Fowleri.

Herr Isaac constatirt, dass von Feibes mit dem Menthol angestellte Versuche als aussichtslos wieder aufgegeben wurden.

Herr Hoffmann hat Salol namentlich bei Cystitis sehr wirksam gefunden.

Herr Rosenthal hält das Emplastrum mercuriale bei Acne rosacea für gut angebracht, weniger bei Acne vulgaris, weil es hier leicht durch Verstopfung der Talgdrüsen zu neuen Acneknoten Veranlassung gebe. Resorcin fand er namentlich bei Erysipel und in zehnprocentigen Salben bei impetiginösen Kopf- und Gesichtseczemen der Kinder sehr dienlich.

Herr Lassar bestätigt die guten Wirkungen des Resorcins namentlich bei Sycosis, wo auch stärkere zehn- bis fünfzehnprocentige Salben gut ertragen werden.

Herr Saalfeld hat dagegen in mehreren Fällen von Sycosis parasitaria unter dem Gebrauche stärkerer Resorcinsalben Furunkel entstehen sehen.

Herr Isaac macht darauf aufmerksam, dass man nur darauf achten müsse, dass der Apotheker nicht, wie sie es gern thun, die Salben und Pasten mit einem Zusatz von Spiritus bereite. Vielleicht habe auch in den Saalfeld'schen Fällen das als Salbengrundlage benützte Vaselin deletär gewirkt; mit Zinkoxyd und Amylum werde das Resorcin immer gut vertragen.

Sitzung am 5. Juni 1888.

Vorsitzender: Herr Lewin; Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Herr Lewin stellt einen Patienten mit einem **Defect des knorpeligen Theiles der Nase** bei völliger Intactheit des knöchernen, sowie der Weichtheile vor. Anamnestisch ergiebt sich, dass Patient vor achtzehn Jahren blos eine Gonorrhoe, dann einen Schanker mit folgendem rechtsseitigem, abscedirendem Bubo gehabt hatte. Sonstige Ansteckung oder Erscheinungen sind nicht dagewesen. Nach mehrjährigem Schnupfen hat sich obiger Verlust, durch seine Begrenzung eigenthümlich, eingestellt. Therapeutisch hat Patient dreimal Inunctionscuren durchgemacht. Der Vortragende bespricht die Differentialdiagnose, namentlich zwischen Syphilis, Lupus und Tuberculose. Bacillen wurden nicht aufgefunden.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Lassar, Rosenthal, Pinner, die den syphilitischen Ursprung der Affection vermuthen.

2. Herr Lewin stellt einen vierundzwanzigjährigen Patienten mit Syphilis vor, der in seinem dritten Lebensjahre **wegen Heiserkeit tracheotomirt** wurde. Derselbe trägt seitdem, also seit einundzwanzig Jahren, eine Canüle. Aber auch ohne diese kann er ganz gut athmen. Der Fall ist insofern bemerkenswerth, als er zeigt, dass eine Trachealfistel so lange bestehen kann, ohne dass irgendwie Trachea, Bronchien oder Lungen afficirt würden.

3. Herr Lewin stellt einen Fall von **Tuberculose des Nebenhodens** vor. Die Diagnose wird durch den charakteristischen Sitz, die Form, den Verlauf und durch die gleichartige Erkrankung der Lungen bestätigt. Seit einigen Wochen besteht ein knotiges Exanthem am Körper, das in Kreisform aufgetreten ist und für syphilitisch angesehen werden kann. Es handelt sich also hier um Combination von Syphilis und Tuberculose.

Im Anschluss an diesen Fall entwickelt sich eine Discussion über den Werth des Emplastrum mercuriale, den Herr Lassar nicht anerkennt, während Herr Rosenthal und Herr Lewin diesem Pflaster einen gewissen Werth beilegen.

4. Herr Margoniner stellt unter der Diagnose: **Herpes tonsurans maculosus** ein Mädchen von acht Jahren aus der Rosenthal'schen Poli-

klinik vor, das seit ungefähr vierzehn Tagen auf den Extremitäten, und zwar den unteren zuerst, blassrosa Flecke von Kreisform zeigte, die sich in ihrer Peripherie vergrösserten, während sich das Centrum involvirte. Die mikroskopische Untersuchung ergab den Beweis der parasitären Natur der Affection: es werden Präparate, die spärliche Mycelfäden und zahlreiche Gonidien enthalten, demonstrirt.

Im Anschlusse betont Herr Rosenthal, dass dieser Fall ihm wiederum beweise, dass der Standpunkt der Wiener Schule der richtige zu sein scheine. Dieselbe leugnet bekanntlich die Existenz der Pityriasis rosea, hält diese vielmehr mit dem Herpes tonsurans maculosus et squamosus für identisch. Auch dieser Fall, seine langsame Evolution, seine nur beschränkte Localisation sprachen gegen die parasitäre Natur des Leidens, bis das Mikroskop die ätiologische Anwesenheit der Pilze zeigte. Nur scheint Rosenthal die Identität des Trichophyton tonsurans mit dem Pilz des Herpes tonsurans maculosus noch nicht genügend klar gelegt.

Herr Lewin will den Fall so charakteristisch finden, dass man denselben auch ohne Mikroskop für einen Herpes tonsurans squamosus angesprochen haben würde.

5. Herr Rosenthal stellt einen Fall von **Syphilis maligna** vor; derselbe betrifft einen Postbeamten von fünfundzwanzig Jahren, der sich im Februar 1886 inficirte. Seit dieser Zeit ist er beständig in Behandlung, da er Recidiv nach Recidiv bekam. Seine erste Erscheinung war ein pustulöses Syphilid; dann traten trockene und nässende Papeln auf, am Anus, am Mund, zwischen den Zehen und Fingern, Psoriasis palmaris und plantaris mit starker Schwielenbildung und ausserordentlicher Hartnäckigkeit, tiefe Gummata an den Unterschenkeln, intercurrente Schwindelanfälle, Plaques am weichen Gaumen etc. Die Behandlung bestand in Calomelinjectionen (6), Inunctionen zu verschiedenen Malen, Jodkalium in steigenden Dosen, Jodeisen allein oder mit Calomel, Hydrarg. oxydat. tannic., Hydrarg. jod. flav. etc. neben beständig fortgesetzter localer Behandlung der Affectionen. Die letzte Erzcheinung bestand in einer weisslichen Verfärbung des Zungenrückens, einer Verdickung des Epithels, sowie einer warzenähnlichen Hyperplasie der Papillae filiformes. Pat. hat gegen diese Erscheinungen vier Injectionen von Hydrarg. oxyd. flav. in Oel nach dem Vortr. erhalten. Die Erscheinungen an der Zunge haben sich zurückgebildet; örtliche Infiltrationen an den Injectionsstellen sind nicht vorhanden.

Hieran schliesst sich eine Discussion über die Methode der Injectionen, an der sich die Herren Lewin, Isaac, Lassar und der Vortr. betheiligen. Dieselbe wird wegen vorgerückter Zeit nicht beendigt.

Sitzung am 3. Juli 1888.

Vorsitzender: Herr Köbner; Schriftführer: Herr Müller.

1. Herr Köbner stellt eine 58jährige Frau vor, welche vor zwei Jahren mit einer, damals seit elf Jahren bestehenden **syphilitischen Muskelerkrankung** zu ihm kam. Der linke M. sternocleidomastoideus zeigte sich in seiner ganzen Länge ergriffen, besonders stark in seiner Portio clavicularis, und bildete einen prall gespannten, stark vorspringenden, auf Druck mässig schmerzhaften Muskelbauch. Spontane Schmerzen, insbesondere bei Nacht, waren nicht vorhanden. Seit langer Zeit bestand ein geringer Grad von Caput obstipum. Der rechte M. sternocleidomastoideus war nur in seinem unteren Drittel erkrankt und bildete hier ebenfalls einen starken Strang, der nach oben allmählich in's Normale überging. Es fanden sich

ferner bei der Kranken syphilitische cutane und subcutane Knoten am Unterkiefer und um die Ansätze der beiden Muskelköpfe des Sternocleidomastoideus, vereinzelte auch über der linken Spina scapulae und über der einen Patella, ausserdem Perforation des Septum cartilagineum der Nase. Alle diese Affectionen waren so langsam und schleichend entstanden, dass von einer eigentlichen Anamnese kaum gesprochen werden konnte. Die Kranke war seit 20 Jahren verheirathet und hatte 9 lebende Kinder geboren. Der Mann gab an, dass er im Jahre 1865 einen weichen Schanker und vereiternde Inguinalbubonen, sonst aber keine weiteren Erscheinungen gehabt habe. Die Patientin wurde durch eine Schmiercur und den Gebrauch von Jodkalium in kleinen Dosen als Klysma (weil sie das Medicament in anderer Weise nicht vertrug) nach zwei bis drei Monaten geheilt und ist bis jetzt gesund geblieben.

2. Herr Saalfeld demonstrirt einen Mann, dem er im April vorigen Jahres in der Köbner'schen Poliklinik eine **Warze von der Glans penis** abgetragen hatte; die Exstirpationsstelle war dann galvanocaustisch geätzt worden. Im Januar d. J. trat ein Recidiv ein, das seit März schnell an Ausdehnung zugenommen hat. Vortr. hat den Verdacht, dass es sich um eine maligne Geschwulst handelt, und beabsichtigt, einen Theil derselben zur Untersuchung zu exstirpiren.

Herr Köbner bemerkt, dass, da die Inguinaldrüsen noch nicht geschwollen seien, eine Exstirpation gute Chancen biete; seien aber erst die Drüsen in Mitleidenschaft gezogen, so werde, wie er an zwei von ihm beobachteten Fällen erfahren habe, die Prognose sehr ungünstig.

Herr Lewin macht darauf aufmerksam, dass eine Schwellung der nächstgelegenen Lymphdrüsen an gewissen Localitäten oft vermisst werde, so bei Lippencarcinomen Schwellung der Submentaldrüsen, bei Affectionen der Finger der Cubitaldrüsen, auch bei solchen des Penis trete die Drüsenschwellung oft sehr spät auf. Das Fehlen einer solchen habe also in diesem Falle für die Diagnose keine so wesentliche Bedeutung.

Herr Köbner hat nur sagen wollen, so lange Drüsenschwellungen nicht vorhanden seien, könne man mit bester Aussicht operiren.

Herr Hadra meint, dass bei Lippencarcinomen nicht nur die Submaxillar-, sondern auch die Submentaldrüsen stets geschwollen seien.

Herr Behrend hat einen zweifellosen Fall gesehen, wo ein Lippencarcinom, das er zuerst für eine syphilitische Initialsklerose hielt, bereits zerfallen war, ohne dass Drüsenschwellungen gefühlt wurden. Gerade wegen des Ausbleibens der Lymphdrüsenschwellung musste man zu der Diagnose des Carcinoms geführt werden, die auch nach der Operation durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde.

Herr Senger bemerkt, dass das Ulcus rodens gewöhnlich keine Drüsenschwellungen mache, dass solche aber eintreten, sowie die Geschwulst den anatomischen Charakter eines echten Carcinoms annehme. — An sich selbst hat er die Beobachtung gemacht, dass, so oft er sich bei Sectionen eine Infection an den Fingern zuzog, auch die Cubitaldrüsen anschwollen.

Herr Lewin hat bei syphilitischer Infection an den Fingern Schwellung der Cubitaldrüsen meist vermisst, dagegen Schwellung der Axillardrüsen regelmässig gefunden.

Herr Köbner hat analog Herrn Senger beobachtet, dass bei Ulcus rodens der Glans penis die Erkrankung der nächsten Lymphdrüsen weit später erfolgt, als bei anderen Carcinomformen.

3. Der Antrag des Vorstandes: die Protokolle der Sitzungen in Zukunft und schon vom 1. November 1887 an zu veröffentlichen, wird angenommen.

4. Herr Lewin demonstrirt ein mikroskopisches Präparat von **Endarteritis syphilitica,** welches von einem Kranken stammt, der an Gehirnsyphilis starb und bei dem auch eine Lähmung des N. facialis, wie bei der sogleich vorzustellenden Patientin, vorhanden war. Es finden sich in dem Präparat in ausgedehnter Weise die Veränderungen der Gefässe, wie sie Heubner zuerst nachgewiesen hat. Entgegen aber dessen Ansicht, dass zuerst das Virus auf die Intima einwirke und hier die charakteristischen Veränderungen hervorrufe, weist Lewin nach, dass zuerst von den Vasa nutrientia die Zellen in die Adventitia eindringen, alsdann erst in die Media und zuletzt in die Intima. Die anfänglichen pathologischen Veränderungen der letzteren sind mehr Ernährungsstörungen durch die erwähnten Alterationen der Adventitia. Der Vortr. zeigt an dem Präparat verschiedene Formen der Endarteritis hyperplastica, desquamativa und obturans. Die Erkrankung der Membrana fenestrata war sehr erheblich.

5. Herr Lewin stellt ein Mädchen vor, welches wegen Lues mit Calomelinjectionen behandelt wurde und einige Zeit darauf eine Facialislähmung bekam. Der Fall ist dadurch eigenthümlich, dass, trotzdem die Untersuchung eine periphere Lähmung annehmen liess, dennoch Erscheinungen beobachtet wurden, welche nur für eine centrale sprachen, so namentlich die Betheiligung des Acusticus, mit dem der Facialis doch schon in den Canalis Fallopii eintrete. — Interessant ist auch, dass bei der Pat. gleichzeitig eine Roseola syphil. bestand.

Herr Köbner fragt, wann die Infection der Pat. stattgefunden hat.

Herr Saalfeld hat die Kranke im November vorigen Jahres mit einem pustulösen Syphilid in Behandlung gehabt.

Herr Lewin. Patientin bekam wegen breiter Condylome zwischen Ende November und Anfang Januar drei Calomeleinspritzungen (sie hatte solche auch schon ausserhalb der Charité bekommen). Eine Art Lichen blieb noch längere Zeit zurück und wurde mit Arsenik behandelt. Im Februar hatte Patientin Schwindelanfälle, und es stellte sich Schielen des linken Auges ein, das unter Jodkaliumgebrauch nach acht Tagen wieder zurückging. Die Facialislähmung soll Anfang März begonnen haben, in der Klinik wurde sie zuerst am 14. Juni beobachtet.

Herr Köbner fragt, ob die Kranke, wie dies bei solchen späten Recidiven meist der Fall sei, eine Roseola in Form von aus Scheiben hervorgegangenen Ringen gehabt habe. Gewöhnliche Roseola sei in solchen Fällen jedenfalls äusserst selten.

Herr Lewin verneint die Frage. Uebrigens sah er die annuläre Form der Roseola relativ häufig, sie entstehe aber immer als solche und gehe nicht aus Scheiben hervor.

Herr Isaac stimmt dieser letzteren Ansicht zu.

Herr Köbner erwidert, dass man meistens neben den Ringen auch Scheiben finde, was, ebenso wie die anatomischen Verhältnisse, für seine Auffassung von der Entstehungsweise der annulären Roseola aus Scheiben spreche.

Herr Lewin hebt hervor, dass bei den Kranken, die mit einer Roseola nach seiner Klinik kommen, sogleich eine Therapie eingeleitet werde, und hierbei niemals das Hervorgehen einer Roseola annulata aus einer gewöhnlichen beobachtet worden sei. Er macht zugleich auf eine Form dunkelblaurother Flecken bei tertiärer Lues aufmerksam, welche von einzelnen Autoren auch als Roseola bezeichnet werde, die aber venöse Stasen darstelle, aus denen sich gummöse Infiltrate zu entwickeln pflegen.

6. Herr Oestreicher stellt das von ihm bereits in der Januarsitzung gezeigte junge Mädchen noch einmal vor. Dasselbe litt damals

an einem Ausschlage, der zunächst für einen syphilitischen gehalten und demgemäss behandelt wurde. Erst das Auftreten von kreisförmig angeordneten Bläschen auf den Flecken machte die Diagnose eines **Erythema exsudativum** wahrscheinlich. Die Patientin blieb dann, nachdem sie im Laufe einiger Wochen unter der Behandlung mit salicylsaurem Natron geheilt war, bis Mai d. J. gesund. Dann trat der Ausschlag wieder auf, welcher jetzt dasselbe Bild bietet, wie im vorigen Jahre. Abweichend von den gewöhnlichen Erscheinungen des Erythema exsudativum sind allerdings in diesem Falle die Localisation (Gesicht, Hals, Brust, Arme), die zurückbleibenden starken Pigmentirungen, das heftige Jucken und die lange Dauer.

In der Discussion, an der sich die Herren Lewin, Behrend und Köbner betheiligten, wird allseitig betont, dass es bei dem jetzigen, in der Abheilung begriffenen Zustande der Hautaffection wiederum nicht möglich sei, eine bestimmte Diagnose zu stellen.

7. Herr O. Rosenthal beabsichtigt, nachdem eine längere Zeit seit Einführung des **Anthrarobin** vergangen ist, durch einen Bericht über seine Erfahrungen eine allgemeine Discussion über diesen Gegenstand herbeizuführen. Zu diesem Zwecke stellt er drei von seinen Patienten vor, und zwar:

1. Einen alten, von ihm vielfach behandelten Psoriatiker, der seit einiger Zeit einen erneuerten Ausbruch seines Leidens über den ganzen Körper hat; er steht seit acht Wochen in Behandlung. Der Oberkörper und die Arme werden mit zwanzigprocentigem Anthrarobinspiritus, Kopf und Unterextremitäten mit Salicylvaseline behandelt, nebenbei gebrauchte er Pillulae asiaticae. Der Erfolg des Anthrarobin in diesem Falle ist minimal, da die mit Salicylvaseline behandelten Theile glatter, von Schuppen freier sind; die Arsenwirkung ist eine universelle. Die Nebenwirkungen in diesem Falle waren: tief dunkelviolette Färbung der Wäsche, desgleichen violette Färbung der Nägel und Rothfärbung der Haare, nachdem Patient sich mit dem Badewasser einmal den Kopf gewaschen hatte;

2. Einen Patienten mit universeller Psoriasis, der seit sieben Wochen in Behandlung ist. Die letztere bestand in zwanzigprocentigem Anthrarobinspiritus, sowie in Pillulae asiaticae. Der Effect ist sehr gering; es ist noch deutliche Schuppenbildung vorhanden. Nur der Kopf ist frei; derselbe wurde aber mit Tinctura Rusci behandelt;

3. Einen Patienten mit gleichem Leiden, der seit sechs Wochen unter Beobachtung und mit Anthrarobin in gleicher Weise behandelt ist. Seit drei Wochen gebraucht Patient am rechten Arm Chrysarobin-Photoxylin, also Chrysarobin in ungelöstem Zustande. Derselbe ist, ohne eine Dermatitis zu zeigen, bei weitem mehr in der Heilung vorgeschritten als der übrige Körper; letzterer zeigt noch überall reichliche Schuppenbildung.

Diese drei Patienten wurden, wie mehrere andere, mit zwei Seifenbädern pro Woche behandelt und pinselten täglich zweimal das Medicament ein. Vortragender fasst in betreff der Psoriasis seine Erfahrungen dahin zusammen, dass das Anthrarobin in seiner jetzigen Anwendungsweise in keinerlei Art mit Chrysarobin etc. wetteifern könne. Die Wirkung ist, wenn überhaupt vorhanden, eine unendlich langsame; die Nebenwirkungen — Färbungen der Wäsche, Haare und Nägel — sind sehr störend.

Auch bei der Pityriasis versicolor hat Vortragender keinen Erfolg zu verzeichnen: Die afficirten Stellen nehmen schnell den Farbstoff auf und erscheinen rothbraun. Sobald man aber aufhört zu pinseln, löst sich die Farbe ab, und die Affection erscheint wieder unverändert.

Bei Herpes tonsurans hat Vortragender ebenfalls nichts Gutes gesehen: theils blieb der Erfolg aus, theils baten die Patienten um Anwendung eines nicht roth färbenden Mittels.

Herr Behrend bemerkt, dass es sehr auf die Gebrauchsweise des Anthrarobin ankomme. Die Wirkung sei eine viel intensivere, wenn man seiner Anwendung Einreibungen mit Seife vorausgehen lasse, auch müssen die Schuppen vorher entfernt werden. Seifenbäder zweimal in der Woche genügen nicht. Die Nebenwirkungen des Anthrarobin beschränkten sich doch auf unschädliche Verfärbungen der Wäsche, der Haare und der Nägel, daher werde es auch von Patienten tolerirt, die Chrysarobin absolut nicht vertragen. Dermatitis und Conjunctivitis kämen nicht vor. Aus der Verfärbung der Wäsche und der Haut, wie sie die Patienten des Herrn Rosenthal zeigen, scheine hervorzugehen, dass das Anthrarobin in den benutzten Arzneiformen schon durch Oxydation verändert sei, was sehr leicht vorkomme, wenn beim Auflösen in Spiritus zu stark erhitzt werde. Unter solchen Umständen entständen unwirksamere Oxydationsproducte.

Herr Rosenthal erwidert, dass, abgesehen von der umständlichen und zeitraubenden Anwendung, schon die Seife als solche die Psoriasis beeinflusse, und dass es deshalb nicht zu verwundern sei, wenn sie die Wirkung des Anthrarobin verstärke.

Herr Behrend hat auch nach dieser Richtung hin Controlversuche angestellt, aus denen hervorgeht, dass die Seife an sich bei weitem nicht so schnell als in Verbindung mit der Anthrarobineinreibung die Heilung bewirke.

Herr Köbner berichtet über die Ergebnisse, welche er bei eingehenden, seit Ende 1887 mannichfach variirten Versuchen mit dem Anthrarobin bei verschiedenen Hautkrankheiten, besonders bei 25 Fällen von Psoriasis, gegen welche speciell es als Ersatzmittel des Chrysarobins angegeben wurde, gewonnen hat. Dieselben fielen sehr unbefriedigend aus. Das Mittel, von ihm behufs reiner Beobachtungen ohne gleichzeitige interne Medication als 10—20procentige Salben, sowie als Lösungen in Spiritus aethereus oder Alkohol angewandt, wirkte mit oder gar ohne vorgängige Seifeneinreibungen, wenn überhaupt, so ganz unvergleichlich langsamer als Chrysarobin und steht auch der Pyrogallussäure nach. In manchen Fällen, in welchen es zu Beginn der Application zu nützen schien, trat weiterhin völliger Stillstand in der Rückbildung der Psoriasisplaques ein, während in den bis dahin gesunden Zwischenräumen trotz der gerühmten Reizlosigkeit dieses Präparates öfter neue Plaques auftraten. Dasselbe wirkt überhaupt nur, wenn die Schuppen jedesmal vorher mechanisch entfernt werden, und hierauf allein, nicht aber auf irgend einem chemischen, seine Oxydation befördernden Vorgange beruht auch der unterstützende Einfluss der Seifeneinreibungen. Zum Beweise dessen beschleunigten Abschabungen mit dem scharfen Löffel seine Wirkung noch mehr als die letzteren. Die Schuppen aber regenerirten sich unter dem Anthrarobin — als Zeichen seiner geringen Wirksamkeit auf die psoriatische Basis — immer sehr rasch und viel hartnäckiger, als unter allen unseren bisherigen Mitteln, wie Herrn Köbner's vergleichende Versuche mit letzteren und ersterem an verschiedenen Körpertheilen derselben Psoriasiskranken evident erkennen liessen. Daher verlangten auch gerade alle intelligenten Kranken, welche bei früheren Ausbrüchen mit Chrysarobin von ihm behandelt worden waren, dieses trotz mancher Unannehmlichkeiten wieder. Schon eine andere Substanz, welche Herr Köbner auf Grund, beziehungsweise zur Erhärtung der Vermuthung von der blos reducirenden Wirkungsweise des Chrysarobins zu Versuchen als Antipsoriaticum 1879 verwendet hatte, der Zinkstaub, hatte sich ihm damals (in Salbenform) als nutzlos erwiesen. — Wegen der tiefen Verfärbung, welche das Anthrarobin (= reducirtes Alizarin) auf der Haut und den Haaren, besonders hellen,

veranlasst, ist es auch — ohne Störung des Gewerbes — weder im Gesicht, noch am Kopfe anwendbar. Auf letzterem wehrten mehrere jugendliche Patienten es auf die Dauer ab, weil es bei jedesmaliger Auftragung heftiges Brennen verursachte.

Dagegen hat Herr Köbner bei einigen Fällen von noch oberflächlicher Mycosis tonsurans ziemlich rasche Heilung eintreten sehen, aber auch öfter Klagen über Brennen gehört; in einem Falle (am Halse) hielt dasselbe nach der alkoholischen Lösung fast eine Stunde lang an, und es kam zu völliger Exfoliation der Epidermis, wie nach einem Vesicator. — Endlich lassen sich auch die Flecken in der Wäsche nicht, wie Herr Behrend gleichfalls als Vorzug angab, mit Soda und Seife, sondern nur durch eine sehr umständliche Procedur entfernen.

Herr Behrend spricht sein Befremden darüber aus, dass Herr Köbner heute so ungünstig über das Anthrarobin urtheile, während er früher, im Anschluss an die erste Mittheilung des Herrn Liebermann, sich dahin aussprach, dass seine Erfahrungen im allgemeinen mit denen des Herrn Behrend übereinstimmten, und er ausserdem noch einen günstigen Einfluss des Mittels in einem Falle von papulösem Syphilid constatirt habe. Es sei absolut nothwendig, die Schuppen vor jeder Einreibung zu entfernen, was die Patienten nicht immer thun; selbst von einer Patientin des Herrn Köbner wisse er genau, dass dieselbe das nie gethan habe. Ein von Herrn Köbner in der medicinischen Gesellschaft vorgestelltes Kind, das mit Anthrarobin behandelt war, sei geheilt gewesen, habe allerdings später Nachschübe bekommen. Was die durch Anthrarobin in der Wäsche erzeugten Flecke betreffe, so habe Herr Behrend in seiner ausführlichen späteren Publication [1]) erwähnt, dass dieselben, sobald sie mehrere Tage bestehen, nicht mehr vollkommen entfernt werden können, mithin das gegentheilige Citat des Herrn Köbner auf einem Irrthum beruhe.

Herr Köbner hat Herrn Liebermann auf dessen Ersuchen um sein Urtheil vor dessen Publication in den „Berichten der Deutschen chemischen Gesellschaft“ [2]) um Mitte Februar 1888, als er etwa sechs Wochen mit Anthrarobin experimentirte, erklärt, noch keinen einzigen Fall damit geheilt zu haben, und ihm schon damals im wesentlichen alle die heute auf Grund viel zahlreicherer Versuche vorgetragenen Einwände gegen die dort deponirten Empfehlungen des Anthrarobins als Ersatzmittels des Chrysarobins seitens des Herrn Behrend mitgetheilt. Da aber Herr Liebermann „wegen Mangels an Raum“ in jenen „Berichten“ die Erfahrungen des Herrn Köbner, welche dieser ihm wiederholt als nur vorläufige und noch nicht abgeschlossene bezeichnete, in einen einzigen Satz zusammenzudrängen wünschte, habe Herr Köbner concedirt, dass man dem Anthrarobin eine gewisse therapeutische Wirksamkeit im allgemeinen bei den erwähnten Hautaffectionen einräumen könne. Er fügte aber alsbald schon als seinen damaligen Gesammteindruck seinen ausdrücklichsten Zweifel an dem praktischen, therapeutischen Werthe desselben mündlich hinzu. Je länger er beobachtet, desto mehr sei er eben in diesen negativen Erfahrungen bestärkt worden.

Die von Herrn Behrend citirte Patientin sei, so wie viele, denen die vielwöchentliche Entfernung der Schuppen, welche das selbstverständliche Erforderniss jeder Psoriasiscur ist, zu mühevoll und zeitraubend gewesen sei, unter den Misserfolgen gar nicht mitgezählt.

Wenn Herr Behrend aber das von Herrn Köbner seinerzeit nebst anderen fast gar nicht veränderten Psoriatischen gerade als Beispiel der

[1]) S. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888, pag. 203.
[2]) Später abgedruckt in d. Viertelj. f. Derm. 1888, p. 193.

höchst mangelhaften Wirkung des Anthrarobin in der medicinischen Gesellschaft demonstrirte Mädchen für geheilt angesehen habe, so seien dessen Empfehlungen des Heilwerthes dieser Drogue freilich erklärlich. Thatsächlich trug diese Patientin damals ausser wenigen, durch Anthrarobin aufgehellten Plaques am Rücken, sowohl an diesem, wie am ganzen übrigen Körper noch hunderte solcher, die sehr wenig verändert waren, und noch continuirliche zweimonatliche Anthrarobin-Anwendung unter oft eigenhändiger Abschabung der Schuppen durch Herrn Köbner oder Herrn Saalfeld und andere Collegen vermochte nicht, mit dieser Drogue zum Ziel zu gelangen; die genannten bewährteren Mittel mussten endlich zu Hülfe genommen werden, worüber genaue Protocolle vorgelegt werden können.

Die Entfernbarkeit der Flecken aus der Wäsche durch Soda und Seife habe Herr Behrend in seinem, von Liebermann in den „Deutschen chemischen Berichten" publicirten Briefe, wie wörtlich zu lesen ist, pure auch als einen der Vorzüge des Anthrarobins vor dem Chrysarobin gerühmt, und Herr Köbner habe auch dies seinerzeit Herrn Liebermann als nach eigens angestellten Waschproben selbst frischer Flecke unrichtig bezeichnet. Herrn Behrend's später gemachte Einschränkung der Unmöglichkeit, wenn die Flecke nicht mehr frisch seien, sei vollends ohne jeden praktischen Werth, weil die Patienten während der ganzen Cur nur wenige Male die Leibwäsche preisgeben, respective wechseln wollen und nie alsbald waschen.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin W.

Verhandlungen

der

Dermatologischen Vereinigung

zu Berlin.

Herausgegeben

von dem

Vorstande des Vereins.

Jahrgang
1889—1890.

Sonderabdruck aus der „Berliner Klinischen Wochenschrift“ 1890/91.

Berlin.
Gedruckt bei L. Schumacher.

Vorstand des Vereins

für das Vereinsjahr 1889/90.

Vorsitzende: Herr G. Lewin, Geh. Med.-Rath und Professor.
„ Köbner, Professor.
Schriftführer: Herr O. Rosenthal.
„ E. Saalfeld.

Aufnahme-Commission.

Ausser den Mitgliedern des Vorstandes:

Herr Behrend, Privat-Docent.
„ H. Heymann.
„ Lassar, Privat-Docent.

Mitglieder-Verzeichniss.

1. Dr. Behrend, Privat-Docent, Mittelstrasse 22.
2. „ A. Blaschko, Michaelkirchstrasse 6.
3. „ Boer, Kaiserhofstrasse 8.
4. „ Casper, Leopold, Friedrichstrasse 201.
5. „ Gericke, Wilhelmstrasse 88.
6. „ Heller, Charlottenburg, Berlinerstrasse 130.
7. „ Heymann, Heinrich, Leipzigerstrasse 133.
8. „ Hoffmann, L., Kronenstrasse 75.
9. „ Jastrowitz, Dirig. Arzt im Maison de santé, Luisenstrasse 29.
10. „ Joseph, Potsdamerstrasse 134a.
11. „ Isaac, Karlstrasse 19.
12. „ Köbner, Professor, Magdeburgerstrasse 8.
13. „ Lassar, Privat-Docent, Karlstrasse 18a.
14. „ Lewin, Geh. Med.-Rath, Professor, Roonstrasse 8.
15. „ Lewinski, Privat-Docent, Charlottenstrasse 56.
16. „ Liebreich, Professor, Dorotheenstrasse 34a.
17. „ Margoniner, Weinbergsweg 7.
18. „ Meyer, G., Leipzigerstrasse 133.
19. „ Müller, Heinrich, Prinzenstrasse 99.
20. „ Oestreicher, Karlstrasse 19.
21. „ Pohl-Pincus, Potsdamerstrasse 118a.
22. „ Posner, Köthenerstrasse 4.
23. „ Pulvermacher, Bülowstrasse 21.
24. „ Riebel, Stabsarzt, Dessauerstrasse 29.
25. „ Rosenthal, Oscar, Potsdamerstrasse 23.
26. „ Saalfeld, E., Oranienburgerstrasse 24.
27. „ Sternberg, Friedrichstrasse 105c.
28. „ Stranz, Neue Königstrasse 19c.
29. „ Zülzer, Professor, Kronprinzen-Ufer 8.

Inhalts-Verzeichniss.

			Seite
5. November.	Herr	Lassar: Zwei Fälle von Lupus erythematodes (mit Krankenvorstellung)	1
		Discussion	1
	„	Lassar: Ein Fall von excessivem Rhinophyma (mit Krankenvorstellung)	1
		Discussion	1
	„	Oestreicher: Ein Fall von extragenitaler syphilit. Infection (mit Krankenvorstellung)	2
	„	Oestreicher: Ein Fall von Lichen ruber planus (mit Krankenvorstellung)	2
	„	Oestreicher: Ein Fall von Ichthyosis congenita (mit Krankenvorstellung)	2
		Discussion	2
	„	O. Rosenthal: Ein Fall von excessiver Acne beider Ohrmuscheln (mit Krankenvorstellung)	8
	„	O. Rosenthal: Ein Fall von syphilitischer Muskelerkrankung	8
3. December.	„	Lassar: Ueber unvermittelte Spätsyphilis	8
		Discussion	8
	„	Isaac: Die Syphilis des Muttermundes (mit Krankenvorstellung)	5
		Discussion	7
	„	Köbner: Ueber Lymphangiome der Genitalien mit Vorstellung eines Falles von Lymphvarix penis	8
		Discussion	10
	„	Köbner: Favus des linken vierten Fingernagels (mit Krankenvorstellung)	10
	„	Köbner: Demonstration eines Pilzpräparats von Madurafuss (Mycetoma pedis) aus Italien	10
4. März.	„	Behrend: Ueber Behandlung des Lupus (mit Krankenvorstellung)	11
		Discussion	11
	„	Schirren: Ueber Aristol	18
		Discussion	18

		Seite
6. Mai.	Herr Blaschko: Die Siderosis der Müller . .	13
	„ Blaschko: Ein Fall von Keratosis follicularis (mit Krankenvorstellung)	14
	Discussion	14
	„ Blaschko: Kahlheit in Folge von Lupus erythematodes	14
	Discussion	14
	„ Köbner: Pityriasis rosea (mit Demonstrationen)	15
	Discussion	15
	„ O. Rosenthal: Lupus erythematodes (mit Krankenvorstellung)	16
8. Juni.	„ Heller: Ueber die bakteriologische Bedeutung des Aristols	18
	Discussion	19
2. Juli.	„ Behrend: Erythema exsudativ. (mit Krankenvorstellung)	20
	„ Saalfeld: Erythema exsudativ. (mit Krankenvorstellung)	20
	Discussion	20
	„ Behrend: Trichomycosis nodosa (mit Demonstration)	21
	„ Blaschko: Ueber das Antipyrin bei der Behandlung von Hautkrankheiten . . .	21
	Discussion	25

Sitzung vom 5. November 1889.

Vorsitzender: Herr Köbner.
Schriftführer: Herr Saalfeld.

Herr Lassar stellt vor: 1. Zwei Fälle von Lupus erythematodes, bei denen Perubalsam einen auffallenden Erfolg erzielte. Das Mittel dürfte sich daher auch bei dieser Affection ebenso wie beim Lupus vulgaris empfehlen.

Discussion.

Herr Rosenthal möchte gegenüber der Auffassung des Herrn Lassar Folgendes anführen: Das von Herrn Lassar vorgestellte junge Mädchen mit Lupus erythematodes war bisher in seiner Behandlung gewesen und hatte sich die Affection, die ursprünglich den beweglichen Theil der Nase ergriffen hatte, unter Paquelinbehandlung, als Rosenthal im August d. J. eine Sommerreise antrat, fast vollständig bis auf kleinste Reste involvirt. Als er ungefähr 6 Wochen später die Patientin wiedersah, war die Haut der ganzen Nase wieder afficirt, und es traten fast unter seinen Augen rapid neue Scheiben auf, die sich peripher ausbreiteten und bald das ganze Gesicht bedeckt hatten, sodass das von Kaposi beschriebene Bild des Erysipelas perstans faciei deutlich sichtbar wurde. Von der weiteren Behandlung mit Paquelin wurde selbstverständlich unter diesen Umständen bald abgesehen und zu einer milderen Behandlung gegriffen. Dann blieb die Patientin aus. Rosenthal hält daher den vorgestellten Fall für eine acute Form des Lupus erythematodes, die erfahrungsgemäss unter verschiedenen indifferenten Methoden schwindet. Vor weiteren Beobachtungen mit Bal. peruv. kann Rosenthal aus obigen Gründen diesen Fall nicht als Beweis für das „post hoc ergo propter hoc" ansehen.

Herr Lassar: 2. Einen Fall von excessivem Rhinophyma.

Discussion.

Herr Rosenthal theilt im Auftrage des Herrn Lewin mit, dass Lewin eine Anzahl ähnlicher Fälle, besonders aber in letzter Zeit wei Fälle einschlägiger Art beobachtet habe. In dem einen dieser Fälle zog sich quer über die Stirn ein narbenartiger Strang zur Nasenwurzel, der durch Unterminirung der ergriffenen Haut entstanden war. Die Erkrankung geht nach Lewin von den Talgdrüsen aus und beginnt mit Wucherung des um den Balg befindlichen Bindegewebes. Es gelingt an einzelnen Stellen aus den Drüsen einen vollständigen Wurm von Talg herauszudrücken. — Der erste der oben erwähnten Fälle wurde mit Auslöffelung der Drüsen, die sich fast bis auf das Periost erstreckte, behandelt. Der Patient erhielt eine narbige, aber gut aussehende Nase. Der zweite

wurde nach der von Lewin angegebenen allgemeinen Cur (Schnaps, Aether, Diät) behandelt, nebenher wurde noch eine locale Therapie eingeleitet. Der Erfolg war ein guter, jedoch entzog sich der Patient vor vollständiger Heilung der Behandlung.

Herr Oestreicher stellt vor: 1. Einen Patienten, der durch eine Verletzung beim Rasiren syphilitisch inficirt wurde.

Bei einem 30jährigen Manne wurde ein über den ganzen Körper verbreitetes papulo squamöses Exanthem constatirt, das in Verbindung mit stark ausgesprochener Polyadenitis, Plaques am weichen Gaumen, Defluvium capillitii zur Diagnose der Lues führen musste. Patient besann sich nicht, jemals ein Geschwür an den Genitalien gehabt zu haben; objectiv konnte, in Uebereinstimmung hiermit, auch keine Narbe, als Residuum einer Initialsclerose, festgestellt werden. Dagegen fand sich nach genauer Untersuchung im Gesicht, auf der linken Wange in der Bartgegend, eine eingezogene narbige Verdickung, welche dem Bilde eines verheilten harten Schankers durchaus entsprach; an dieser Kopfhälfte waren auch die submaxillären Drüsen auffallend stark geschwollen. Patient besann sich, vor mehreren Wochen beim Rasiren vom Barbier geschnitten worden zu sein, konnte aber über den weiteren Verlauf nichts berichten. Einen ähnlichen Fall von extragenitaler specifischer Infection hat Feibes in No. 23 der „Berliner klinischen Wochenschrift" 1889 mitgetheilt, der in Verbindung mit dem obigen dringend dazu auffordert, dass die zuständigen Behörden eine drakonisch strenge, sanitätspolizeiliche Controlle auf die Barbierstuben, die leider nicht zu selten auch die Brutstätte für andere Infectionskrankheiten abgeben, ausüben.

2. Einen Kranken mit stark ausgebreitetem Lichen ruber planus.

3. Einen Fall von Ichthyosis congenita.

Wie alle früher beschriebenen Fälle von Ichthyosis congenita zeigt auch dieser dasselbe charakteristische Bild: Das Kind ist, wie mit einem lederartigen Panzer bekleidet, der, vielfach geborsten, rothe, blutende Rhagaden aufweist; Epidermisfetzen stossen sich in grossen quadratischen Stücken los. Durch die Unnachgiebigkeit und mangelnde Elasticität der Haut sind die Finger, Zehen, Nase, Lippen, Ohrmuscheln in der Entwickelung zurückgeblieben und machen einen rudimentären Eindruck; der Mund ist weit geöffnet, die Lippen decken die Kiefer nicht, die Bulbi beider Augen quellen durch die Verkümmerung der Conjunctiven weit hervor.

Dieser Fall bietet in mehrfachen Punkten wissenschaftliches Interesse. Das Kind konnte, noch lebend, mit zwei anderen, in Wickersheimer'scher Flüssigkeit aufbewahrter Föten vorgestellt werden, die alle in drei aufeinanderfolgenden Jahren von derselben Mutter geboren worden waren. Es ist aus der Literatur nur ein von Okel senior berichteter ähnlicher Fall bekannt, der sich auch auf mehrere Ichthyosiskinder, die von einer und derselben Mutter stammten, bezog.

Die Mutter des vorgestellten Kindes hatte früher drei gesunde ausgetragene Kinder zur Welt gebracht, nach dem Tode ihres Mannes noch drei Mal unehelich geboren; diese letzteren drei Kinder, die angeblich von demselben Vater stammen sollten, waren alle ichthyotisch erkrankt. Bei dem letzten Kinde war, wie häufig beobachtet, die Entbindung kurz vor dem normalen Ende erfolgt. (Das Kind starb am dritten Tage post partum.)

Discussion.

Herr Behrend will nur berichtigen, dass einige Fälle von Ichthyosis ein höheres Alter, als Herr Oestreicher angegeben, erreichten; so wäre ein Kind zwei, ein anderes drei Jahre alt geworden; es hängt eben davon ab, ob die Kinder Nahrung zu sich nehmen. Die Bezeichnung

Ichthyosis sebacea sei nicht von Hebra, sondern von Kaposi für einen anderen Zustand eingeführt; ebenso stamme der Ausdruck Cutis testacea nicht von Hebra, sondern von Trüstedt.

Herr Oestreicher glaubt sich in seinen Angaben nicht geirrt zu haben.

Herr Köbner: Der Ausdruck Cutis testacea stamme weder von Hebra, noch von Kaposi, sondern sei älteren Datums. Unter Anderen finde sich in einer anatomischen Abhandlung von Berkow das Bild von einer schon damals Cutis testacea benannten todten oder bald nach der Geburt gestorbenen Frucht.

Herr Rosenthal stellt einen 16jährigen Patienten vor, bei dem sich eine excessive Acne und Comedonenbildung beider Ohrmuscheln vorfindet. Die Ohren stehen vom Kopf ziemlich weit ab, sind mit unzähligen, dicht aneinanderstehenden bis erbsengrossen weisslichen Knoten besetzt, aus denen sich auf Druck reichliches Sebum entleert. Der Grundton der Haut ist röthlich, und ist es bereits zu einer beträchtlichen Volumenszunahme beider Ohren gekommen. Der übrige Körper: Gesicht, Brust und Rücken sind rein. Anamnestisch ist nur zu erwähnen, dass die Affection seit einem Jahre besteht, und dass Patient sich mehrere Winter hintereinander die Ohren erfroren hat. Rosenthal bringt dieses Moment mit der Erkrankung der Talgdrüsen in Zusammenhang, indem ein chronischer Reizungszustand eine Hypersecretion von Sebum hervorgerufen hat, ähnlich wie nach Erysipelen eine Seborrhoea capillitii oder Eczeme mehrfach beobachtet worden sind.

Herr Rosenthal erwähnt weiter einen Fall, den er die Absicht hatte vorzustellen, der aber leider nicht erschienen ist. Es handelte sich in dem Falle um eine syphilitische Muskelerkrankung des linken Gastrocnemius. Patient war vor $2^1/_2$ Jahren inficirt, hatte im Mai 1888 in der Charité wegen Haut- und Schleimhautulcerationen 26 Einspritzungen erhalten. Im Juni 1889 bekam er eine doppelseitige Iritis, derentwegen er 40 Inunctionen durchmachte und die 16 Wochen bis zur Heilung gebrauchten. Im October d. J. kam Patient in die Behandlung und klagte über Schwere und Schmerzen im linken Bein. Neben einer Lues ulerocutanea beider Unterschenkel fand sich die eine Wade in ihrem Umfange bedeutend vergrössert, so dass 11 cm unterhalb der Patella derselbe 4 cm mehr betrug, als auf der anderen Seite. Die Wade fühlte sich resistenter und härter an; circumscripte Knoten waren aber nicht nachweisbar. Nach drei Injectionen von Hydrarg. salicyl. hatte sich das Volumen bereits vermindert.

Sitzung vom 3. December 1889.

Vorsitzender: Herr Köbner
Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Herr Lassar: Ueber unvermittelte Spätsyphilis. (Der Vortrag wird später in extenso veröffentlicht.)

Discussion.

Herr Köbner möchte nur zwei Bemerkungen machen: einmal, dass bei solchen Personen, die mit derartigen tertiären, tuberculösen oder, wie er sie nennt, nodösen resp. nodös-ulcerösen Syphiliden sich vorstellen, niemals mit Sicherheit garantirt werden kann, ob nicht doch eine Vorgeschichte existirt, welche übersehen worden ist. Das sei genau derselbe Einwand, der mit Recht gemacht werden kann, in Fällen von sogenannter Syphilis hereditaria tarda, wo die Leute im

16. oder 18. Jahre zum ersten Mal zur Observation kommen und wo man nicht wisse, wie sie als Kinder von 9 Monaten oder im ersten und zweiten Lebensjahr überhaupt ausgesehen haben. Es sei also ausserordentlich schwer, zu negiren, ob nicht doch eine flüchtige Roseola oder eine unbedeutende Acne syphilitica oder sonst irgend ein Syphilid der Haut oder einer Schleimhaut oder eine Adenitis vorübergehend vorhanden war, die spontan wieder zurückgegangen ist. Wenn man solche Fälle 5 Jahre oder später nach der Infection sehe, sei es wohl möglich, dass, wenn die Leute niemals zur ärztlichen Cognition gekommen, derartige Symptome unbeachtet geblieben sind. Komme es doch sogar vor, dass bei unseren eigenen Kranken, die wir mit den primären Symptomen gesehen haben und die wir von Zeit zu Zeit wieder sehen, wenn sie ein halbes Jahr nicht da gewesen waren und irgendwo auf der Reise unterwegs von einem gut beobachtenden Collegen gesehen worden sind, da zufällig die letzten Ausläufer, beispielsweise eines makulösen Syphilids, das eben im Begriff ist, zu erblassen, noch entdeckt werden, während ohne solche Intervention wir in der That nach der Angabe der Kranken allein glauben würden, dass sie ganz symptomfrei gewesen sind. Herr Köbner erinnert sich an mehrere Erlebnisse an kranken Aerzten, die zu ihm kamen, ohne Ahnung, dass sie überhaupt Syphilis hatten, mit zweifelhaften Fingerverletzungen, und die noch am Tage vorher von auswärtigen Syphilidologen und Chirurgen untersucht waren, welche die Fingerverletzung theils als eine traumatische, theils als eine tuberculöse Infection angesehen hatten, trotz vorhandener, für Köbner deutlich specifischer Drüsenaffectionen. An diesen Collegen fand er trotz ihrer Versicherung, ihren Körper an demselben Morgen, eine Stunde vorher, nochmals betrachtet und nichts Abnormes gesehen zu haben, ganz evidente, meistens makulöse Syphiliden. Wenn das vorkommt bei sich selbst mit Vorbedacht beobachtenden Aerzten, um wie viel mehr kommt es vor bei Laien, die ohne Kenntniss der verschiedenen Stadien und der verschiedenen Symptome jahrelang herumlaufen, ohne überhaupt einen Arzt zu fragen und namentlich bei solchen Leuten, die theils aus der Mitte des Volkes heraus in unserem Lande, theils aus uncivilisirten Ländern, z. B. gerade auch aus Egypten, nach vieljähriger Existenz derartiger Knoten oder Geschwüre zum ersten Mal zu ärztlicher Beobachtung kommen. In diesem Hinblick glaubt Herr Köbner also, müsse man eine Einschränkung machen in Bezug auf die Häufigkeit dieses sogenannten unvermittelten Vorkommens von Spätsyphilis. In hohem Grade gilt das von den früher in manchen Ländern einheimischen Endemieen solcher, z. B. von der Radesyge in Norwegen. Der verstorbene Wilhelm Boeck, den Herr Köbner wiederholt in diesem Kreise als einen sehr bedeutenden Syphilidologen unseres Jahrhunderts zu nennen Gelegenheit hatte, hat in seinem wundervollen, zusammen mit Danielssen herausgegebenen Tafelwerke, das reich sei an vortrefflichem Texte „Jagtagelser om Hudsygdome“ (Observations des maladies de la peau) prachtvolle derartige Bilder geliefert, von welchen man auch in früheren Jahrhunderten nicht geglaubt hat, dass sie mit der Syphilis zusammenhängen und doch hat die genaue Beobachtung in manchen dieser Fälle gezeigt, dass in der That auch Frühsyphiliden vorangegangen waren. Das wäre die eine Möglichkeit.

Dann, was die objective Diagnostik betreffe, möchte Herr Köbner bemerken, dass ja gewiss das therapeutische Experiment geeignet sei, in letzter Instanz Klarheit zu geben, wenn es in auffallend rascher Weise Heilung bringe. Aber dass selbst die geübtesten Augen nicht bloss prima vista, sondern wochenlang in Zweifel sein können, ob etwas ein derartiges „unvermitteltes“ Syphilid ist oder nicht, habe er 1860 wiederholt beim alten Hebra gesehen, der, so oft ihm ein Junge von etwa 10—15 Jahren,

besonders aus Polen oder Russland, mit solchen umfangreichen serpiginösen Formen, namentlich an den Hinterbacken und Rücken vorkam, sehr häufig im Zweifel war, ob es sich um sogenannten Lupus serpiginosus oder um hereditäre Syphilis, von der man absolut keine Vorgeschichte kenne, handelte. — In Wien, wo das graue Pflaster damals und später bei sehr verschiedenen Dingen üblich war, wurde die Sache häufig mit diesem beseitigt, aber die Diagnose blieb trotzdem unklar.

Zum Schluss richtet Herr Köbner noch die Frage an den Vortragenden, ob bei dessen Kranken vielleicht eine Hodenkrankheit vorhanden sei. Im Januar 1888 stellte er hier einen Fall von serpiginösem Syphilid am Oberschenkel vor bei einem Patienten, der früher wiederholt in der Charité subcutan eingespritzt worden war und der zugleich eine nach Herrn Köbner's Meinung und der Angabe jenes Patienten seit seinem 10. Jahre, d. h. längst vor der Syphilis durch ein Trauma entstandene, alte fibrösnarbige Affection der Hoden und Nebenhoden hatte. Herr Lewin aber meinte, dieselbe wäre Syphilis und diese Hodensyphilis sei eine sehr häufige Combination des ulceröse. Syphilides. Herr Köbner bezweifelte damals durchaus die Häufigkeit dieser Combination. Daher bitte er auch jetzt um die Erlaubniss, diesen Patienten darauf hin untersuchen zu dürfen. (Geschieht.) Es ist nichts Krankhaftes an den Hoden und Nebenhoden da; es finde sich auch in diesem Falle nichts davon.

Herr Lassar erwidert, dass er das Wort „unvermittelte" nur als „unvermittelte" Kenntniss aufgefasst wissen wolle, da er selbstverständlich glaube, dass die beobachteten Symptome nicht die ersten Anfangserscheinungen seien. Diese sind eben in den einschlägigen Fällen übersehen worden. — Dann macht er noch darauf aufmerksam, dass in denjenigen Fällen, in denen Empl. merc. nicht angewendet sei, die kosmetischen Resultate günstiger seien.

2. Herr Isaac: Die Syphilis des Muttermundes.

Zu den wenigst gekannten Erscheinungen der Früh- und Spätperiode der Lues gehören unstreitig die an der Portio vaginalis uteri vorkommenden Veränderungen und sind die in der Literatur vorkommenden Angaben darüber auch heute noch recht spärlicher Natur. Die Gynäkologen schweigen sich fast sämmtlich darüber aus; erst im letzten Jahrzehnt wurde die Aufmerksamkeit der Aerzte durch die Beobachtungen von Rasumeau und Mrazek mehr auf diesen Gegenstand hingelenkt; es ist jedoch nicht hinwegzuleugnen, dass bei Untersuchungen auf specifische Symptome diesem Organe speciell wenig Wichtigkeit beigelegt wird. Der Grund liegt wohl in folgenden Ursachen: Einmal stimmen fast alle Autoren darin überein, dass specifische Erscheinungen an der Portio eine pathologische Seltenheit darstellen, zweitens aber kommen die Frauen meistens mit ausgebildeten specifischen Erscheinungen, wie Condylomen, Exanthemen etc. zum Arzt, weshalb die Untersuchung der Portio ausser Acht gelassen wird.

Fournier war schon vor vielen Jahren der Ansicht, dass auch der primäre Schanker viel häufiger an der Portio vorkommt als man im Allgemeinen anzunehmen pflegt und nur deshalb verborgen bleibt, weil er weder sicht- noch fühlbar für die Frau ist, sich selten durch ein Sympton verräth und meist mit merkwürdiger Schnelligkeit ausheilt.

Rasumeau und Mrazek haben nun an der Hand eines grossen genau beobachteten Krankenmaterials herausgefunden, dass die Portio uteri häufiger, als man bisher beobachtete, von Lues ergriffen werden kann. Im Krankenhaus zu Moskau fand Rasumeau unter 1874 Schankern 18 Sclerosen an der Portio, und Mrazek giebt an, dass bei 5 pCt. der von ihm beobachteten syphilitischen Weiber der Sitz der Infection am Muttermund sich befand; zu demselben Resultat kam Fournier. Diese Zahlen weisen schon darauf hin, dass man der Untersuchung des Cervix

mehr Aufmerksamkeit schenken muss und sollte neben den anderen Untersuchungen auf Lues wie Drüsen, Exanthem, Condylomen die Untersuchung der Portio nie ausser Acht gelassen werden. Denn während man über Initialsclerosen und Ulcera mollia an der Portio aus den oben genannten Veröffentlichungen noch manches erfährt, hat man den secundären Veränderungen bisher weniger Aufmerksamkeit geschenkt und dürften hier erst weitere Untersuchungen die Häufigkeit des Vorkommens sowie die Differentialdiagnose klarstellen. Fragen wir uns nun zunächst von welchen krankhaften Veränderungen überhaupt die Portio ergriffen werden kann, so dürften differentialdiagnostisch zu unterscheiden sein:

Einfache und specifische Erosionen
Ulcera mollia
Sclerose
Carcinom und
Tuberculöse Geschwüre.

Letztere kommen von vornherein in Wegfall, da sie äusserst selten vorkommen und mit Tuberculose in anderen Organen vergesellschaftet sind. Die einfachen Erosionen an der Portio stellen leichte Schleimhautabschilferungen dar ohne bestimmte Anordnung und Veränderung der Umgebung. Die syphilitischen Erosionen dagegen bestehen meist aus kleinen linsenförmigen Epithelverlusten bisweilen in Kreisen angeordnet zusammenhängend und von kupferrother Farbe. Sie schliessen sich unmittelbar an die normale Farbe des Cervix, sind unabhängig von jeder Entzündung der übrigen Schleimhaut und können an einer beliebigen Partie des Cervix sitzen. — Die von einer Entzündung der Vagina herrührenden Erosionen bieten im Gegensatz dazu eine lebhafte intensive Röthe dar, sind voluminöser, bluten leicht, sitzen meist im Niveau des Ansatzes der Vagina und dehnen sich über eine ganze Lippe aus.

Von grosser Wichtigkeit ist zu unterscheiden zwischen Ulcus molle, Sclerose und syphilitischen Ulcerationen am Muttermunde. An differentialdiagnostischen Momenten möchte ich folgende als besonders wichtig hervorheben: Das weiche Geschwür an der Portio stellt in der Regel einen Substanzverlust dar, eine Vertiefung mit unterminirten und angefressenen Rändern, die von einem reactiven Entzündungshofe umgeben ist, der Boden ist ausgenagt. Die Sclerose dagegen ist indurirt, livid umrankt und zeigt diphtheritischen Belag, tritt meist isolirt auf im Gegensatz zum Ulcus molle. —

Die nächst gelegenen, vom Anus zu fühlenden Lymphdrüsen sind indolent geschwollen, während beim Ulcus molle der Portio und bei gleichzeitigem Ergriffensein der äusseren Genitalien die Inguinaldrüsen vergrössert sind.

Die ulcerösen Syphilide am Uterus haben meist glatte nicht flache Oberfläche, sind von leicht opaler Farbe, um sie herum sind weder Follikelschwellungen noch Erosionen.

Lesser meint, dass secundäre Eruptionen häufiger an der Vaginalportion vorkommen und sich erkennen lassen an der runden, bogigen Form der Efflorescenz gegenüber den durch andere Einflüsse entstandenen Erosionen.

Das Carcinom stellt ein kraterförmiges tiefes unregelmässiges Geschwür mit buckligen Rändern dar. Die hartnäckigen Blutungen, die ausstrahlenden Schmerzen, das Alter und die mikroskopische Untersuchung sichern im allgemeinen die Diagnose, wenn auch hier Irrthümer nicht ausgeschlossen sind. Ich entsinne mich eines Falles, der vor längerer Zeit in der Klinik des Herrn Dr. Lassar zur Beobachtung kam, wo von bewährter chirurgischer Seite die Diagnose auf Carcinom des Cervix gestellt wurde, während die eingeleitete specifische Behandlung einen völligen Rückgang der patho-

logischen Erscheinungen bewirkte. Jedenfalls dürfte auch hier nach Esmarch's Vorgang wie bei den Lungen- und Lippencarcinomen in zweifelhaften Fällen eine vorher eingeleitete specifische Behandlung vor Irrthümern schützen.

Gummöse Erscheinungen können an der Portio wie überall vorkommen. Unter 375 Fällen von Syphilis fand Mrazek 29 Fälle von Gummaerkrankung an der Portio.

Die secundären syphilitischen Erscheinungen des Muttermundes sind nicht besonders schwerer Natur und heilen mit und ohne Behandlung. Martineau macht jedoch mit Recht darauf aufmerksam, dass in ihnen eine häufige Ursache der Ansteckung zu suchen sei und schon aus diesem Grunde die Untersuchung der Portio bei Verdacht auf Lues nie ausser Acht gelassen werden darf.

Im Anschluss an diese Ausführungen möchte ich einen Fall vorstellen, der am besten die Schwierigkeit der Differentialdiagnose beim Erkranktsein der Portio beweisen dürfte.

Die Patientin, welche 20 Jahre alt ist, giebt an, dass sie stets normal menstruirt gewesen sei, seit etwa 8 Jahren an leichtem Fluor leide und im Jahre 1887 ein Kind geboren habe, das nach 8 Tagen an allgemeiner Schwäche starb. Vor etwa 8 Wochen bemerkte sie nun, dass unter Jucken sich kleine Abschilferungen an den grossen Labien etablirten, welche allmälig geschwürig zerfielen. Ausserdem giebt sie an, dass sie seit einiger Zeit an allgemeiner Abmagerung und Schwäche leide.

Gehen wir nun zur Untersuchung der Genitalien über, so bemerken Sie an beiden grossen Labien multiple kleine Ulcera von nicht besonderer Tiefe und eitrigem Grunde. In der rechten Intertrigofalte befindet sich ein etwas grösseres Geschwür mit leicht erhabenen Rändern. Am Anus Hämorrhoidalknoten, von denen die oberen geschwürig angefressen sind, die Inguinaldrüsen nicht besonders geschwollen, ebensowenig die Cubital- und Cervicaldrüsen. Ein Ausschlag nirgendwo erkennbar; die Mundschleimhaut ist in ihrer ganzen Ausdehnung vollständig normal. Die Genitaluntersuchung ergiebt leichten Fluor, der Introitus sowie Vaginalschleimhaut sind frei von Geschwüren. Aus dem quergestellten Orificium externum uteri fliesst ein grau-schmieriges Secret, nach dessen Entfernung sich die vordere Muttermundslippe mit follicularen Schwellungen besetzt darstellt. An ihrer linken Hälfte weist sie einen Substanzverlust auf, ausgefüllt mit einem granulirten, knopfförmig hervorragenden Wulst. Die hintere Lippe ist von rechts oben nach links unten gespalten, neben dem Spalt befinden sich zwei ebensolche Defecte mit wallartig aufgeworfenen Rändern. Im Uebrigen hat die Schleimhaut der Portio das normale, bläulich livide Aussehen.

Von berufener Seite wurden in diesem Falle die an der Vulva und Portio vorkommenden Geschwüre als multiple Ulcera mollia angesehen. Die Art und Weise des Auftretens der Erscheinungen giebt jedoch manchen Anhaltspunkt für die Behauptung, dass die Veränderungen an der Portio einen specifischen Initialaffect darstellen und dass die Ulcera an den grossen Labien und am Anus breite Condylome sind.

Herr Gottschalk erklärt sich mit der Diagnose des Vortragenden einverstanden: er hält die Veränderungen an der Portio für eine Sklerose sowie die Geschwüre an den äusseren Labien für breite Condylome. Es kommen an der Portio syphilitische serpiginöse Geschwüre mit verdickten Rändern und speckigem Belage vor, die zu heftigen Blutungen Veranlassung geben und auf Grund der makroskopischen Betrachtung mit malignen Geschwürsbildungen verwechselt werden können. Solche syphilitischen Ulcerationen, ohne sonstige Anzeichen einer specifischen Erkrankung, hat Herr Gottschalk mehrfach beobachtet. Dieselben heilten

ohne örtliche Behandlung durch eine allgemeine antisyphilitische Cur: deshalb räth Herr Gottschalk auch in dem vorgestelltem Falle zu gleichem Vorgehen.

Sitzung am 4. Februar 1890.

Vorsitzender: Herr Köbner.
Schriftführer: Herr Saalfeld.

1. Herr Köbner: Ueber Lymphangiome der Genitalien mit Vorstellung eines Falles von Lymphvarix penis.

Nach einleitenden Bemerkungen über die verschiedenen Arten und den verschiedenen Sitzen von Lymphangiektasien, Lymphadenektasien und lymphatischen Neubildungen (einfachen, cystischen und cavernösen Lymphangiomen) hebt der Vortragende das relativ häufig in der Literatur verzeichnete Vorkommen in der Leistengegend und an der inneren Ober- und demnächst Unterschenkelfläche hervor. Ueber die Fälle einfacher Lymphektasien überwiegen die hier mit Elephantiasis vergesellschafteten, welche meistens zu Lymphfisteln führten und als Eleph. lymphorrhagica bekannt gemacht wurden. An den Genitalien speciell kommen neben einzelnen gleichzeitig Verdickung des Scrotums aufweisenden Fällen von Carter (an Hindu's) nach der Mehrzahl der vorliegenden Beobachtungen von Bichat. Beau, Friedrich, Huguier, Robin, Scholz und Anderen an Männern, sowie nach den viel spärlicheren von Osenius, Petters und Klebs, P. zur Nieden an den äusseren Genitalien von Frauen vorwiegend multiple einfache Lymphangiektasien, gewöhnlich unter dem Bilde von massenhaft gruppirten, gekochten Sagokörnern ähnlichen Bläschen vor. Herr Köbner hat einen, dieses Bild aber combinirt mit cavernösen Hämatangiomen (sowie mit Neuromen und Neurofibromen) an einem Vorderarm darbietenden Fall von Lymphangioma simplex (nach G. Wegner, Lymphvarices nach Gjorgevic) 1888 der hiesigen medicinschen Gesellschaft demonstrirt und in Virchow's Archiv, Band 98, 1888 beschrieben. Es waren „kleine, Herpes ähnliche Bläschengruppen, die zum Theil auf oder dicht an der Grenze jener grösseren cavernösen oder combinirt mit kleinsten, punktförmigen Hämatangiomen, selten auf einem kleinen braunen Fleck, am, seltensten wie man bei Faltung und Durchleuchtung einer bedeckten Hauptpartie sah, als Lücken in derselben bildendes, transparentes, durch feinste Septa getrenntes Fachwerk aus ganz normaler Haut sich erhoben und deren klare Lymphe sich während seiner 14tägigen Beobachtung nicht trübte." (l. c., Seite 345.) Noch 4 Jahre später hat sein früherer Assistent, Dr. Staub in Posen, diesen Patienten wiedergesehen und jene Lymphektasien so, wie alle übrigen seiner Zeit beschriebenen Tumoren im Bereiche des linken Plexus brachialis völlig unverändert vorgefunden. Dagegen erinnert sich Herr Köbner an den Genitalien nur einmal etwas Einschlägiges, nämlich eine Lymphfistel im Präputium nahe dem Frenulum gesehen zu haben.

Ueber die Histologie dieser einfachen Lymphangiome speciell an den weiblichen Genitalien, deren in den gynäkologischen Lehrbüchern gar keine Erwähnung geschieht, wissen wir durch Klebs und Petters sowie durch P. zur Nieden, dass eine mit jenen besetzte Schamlefze in den tieferen Schichten der Cutis dickwandige Lymphgefässe, höher oben, im subpapillären Theil, wandungslose dilatirte Lymphräume und schliesslich,

schon in der Epidermis gelegene, makroskopisch als Bläschen sichtbar gewesenen Ektasien aufweist.

Der heute demonstrirte 28jährige Mann, früher stets gesund, frei von Leiden der Circulationsorgane, speciell des Venen- oder Lymphgefässsystems, suchte den Vortragenden vor einigen Wochen auf wegen einer syphilitischen Sclerose an der rechten Seite der Glans und des gewöhnlichen, hier linksseitigen harten Polyadenitis inguinalis. Bei dem nach seinem Grundsatze möglichst regionärer Syphilisbehandlung geschehenen Aufsuchen einer geeigneten Injectionsstelle in der Nähe des letzteren fiel Herrn Köbner an der linken Seite des Penis eine stumpfconische Blase auf. Sie ist ganz durchscheinenden Inhaltes, 2 mm hoch, reichlich 8 mm breit und hinter der Corona glandis. 10 mm weit nach vorn (resp. bei herabhängendem Penis nach abwärts) von jener Blase verläuft in der Länge von 12 mm ein sehr erweitertes, 2 bis 3 mm breites Lympfgefäss.

Dass es sich wirklich um eine grosse Lymphampulle handelt, demonstrirt Herr Köbner in doppelter Weise. Durch centripetales Streichen über diesem dilatirten Lymphgefäss gelingt es, den anscheinend nicht mit einem solchen versehenen 10 mm langen Zwischenraum zwischen dem oberen Ende desselben und der Basis der Blase zu füllen und zugleich am oberen Ende eine Lymphgefässklappe in Form einer deutlichen Einschnürung zur Anschauung zu bringen. Durch centrifugales Streichen (vom Mons pubis her) und weiteres Hinwegdrücken der Lymphe über die Blase hinweg nach abwärts oder auch durch verticalen, etwas längeren Druck lässt sich dieselbe völlig eindrücken und man fühlt ihr Einsinken in die Haut, welches sich bei nunmehriger fester Compression unterhalb derselben auf einige Minuten erhalten lässt, beim Loslassen aber sofort zur Wiederfüllung und Emporsteigen führt. — Auf die Beschaffenheit ihres völlig transparenten, klaren Inhaltes haben Mahlzeiten, auch noch so milch- oder fettreiche, keinerlei Einfluss. Eine Communication mit den Chylusgefässen, wie in einem der Fälle von Carter, besteht also hier nicht. — Die Venen des Penis sind nicht abnorm stark entwickelt, die Haut desselben völlig normal. Auch von der gewöhnlichen, unter anderen Autoren auch von Köbner 1862 in seinem Artikel über syphilitische Lymphgefässerkrankungen (in den Abhandlungen der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur) dargestellten specifischen Lymphangitis ist hier nichts aufzufinden.

Der Patient glaubt, sich an eine 10jährige Existenz dieser ihn niemals belästigenden Blase zu erinnern.

Schon hiernach darf man dieselbe nicht etwa von den indurirten Leistendrüsen oder gar umgekehrt, letztere von jener abhängig halten.

In der Literatur existiren nämlich Beobachtungen solcher Lymphvarices bei resp. durch degenerirte oder vereiterte Bubonen. So sah Richet jene am Oberschenkel unterhalb carcinomatöser Bubonen, Friedrich in Folge beiderseitiger Bubonen nach einem thalergrossen Schanker eine indolente Anschwellung des ganzen Penis und zugleich rosenkranzförmige erweiterte Lymphgefässe vom Fremulum an um die Corona glandis über die Mittellinie des Dorsum penis bis gegen die Wurzel desselben hervortreten. Scholz beschrieb beträchtliche seit 18 Jahren bestehende Lymphangieectasien am Oberschenkel nach langwieriger, im 2. Lebensjahre begonnener Eiterung in der Inguinalgegend mit Zerstörung der Drüsen.

Den letzten Beobachtungen analog hat Herr Köbner einmal bei einem jungen Gelehrten, welchem von einem Chirurgen wenige Jahre vorher die beiderseitigen Inguinaldrüsen exstirpirt worden waren, und

zwar nach den sehr tiefen Narben derselben zu schliessen, auch die profundae, eine beträchtliche Elephantiasis penis gesehen, aber ohne einzelne Lymphampullen.

Der vorgestellte Patient wünscht keinerlei Eingriff, doch muss er vor dem möglichen Platzen der letzteren beim Coitus und Entstehen einer schwächenden Lymphfistel gewarnt werden.

Discussion.

Herr Blaschko möchte Fälle wie den demonstrirten nicht als Lymphangiome, sondern als Lymphvarices bezeichnet wissen, da es sich nicht um eine echte Geschwulstbildung, sondern nur um eine Dilatation von Lymphgefässen handelt. Diese Lymphvarices unterscheiden sich von den echten Lymphangiomen ätiologisch und anatomisch ebenso wie die venösen Varices von den cavernösen und teleangiectatischen Angiomen; erstere sind stets durch äussere, zufällige und locale Ursachen (Circulationshindernisse) bedingt, während für die Lymphangiome ebenso wie für die Angiome eine innere — ihrem Wesen nach unbekannte — Ursache angenommen werden muss. Die echten Lymphangiome können deshalb auch generalisirt auftreten; so hat Blaschko einen Fall von Lymphangioma tuberosum multiplex beobachtet, bei welchem 2 Geschwülste auch am Penis sassen.

Herr Köbner ist mit der Auseinandersetzung des Herrn Blaschko einverstanden; er hätte sich nur an den in der Literatur gemachten Vorschlag gehalten. Dass aber echte Lymphangiome aus inneren Ursachen hervorgehen und allgemein verbreitet sein müssen, entspricht nicht den vorhandenen Beobachtungen, nach welchen oft ganz locale cavernöse Lymphangiome beschrieben sind.

Herr Pulvermacher stellt an den Vortragenden die Frage, ob es nicht möglich sei, die Ectasie durch Unterbindung der zuführenden Lymphgefässe zu heilen.

Herr Köbner hält es alsdann für nöthig, eine subcutane Ligatur bis dicht an die Tunica albuginea penis heran zu machen, da man die Tiefe der communicirenden Lymphgefässe nicht genau abschätzen kann. Danach würde vielleicht eine Anschwellung des Penis entstehen, die dem Patienten lästiger wäre als sein gegenwärtiger Status.

2. Herr Köbner stellt ein 11jähriges Mädchen aus Russland mit Favus des linken vierten Fingernagels und beinahe abgeheiltem Favus des Kopfes vor.

Bei Uebernahme der Patientin vor etwa 9 Wochen war schon lange anderseitige Behandlung an beiden Orten vorausgegangen und hatte besonders am Kopfe, an welchem jetzt nur noch zerstreute kahle Stellen mit sehr geringen mikroskopischen Pilzbefunden in vereinzelten Haaren existiren, sehr gebessert. Der Nagel und zwar nur dieses einen Fingers war nach dem Bericht des bisher behandelnden Collegen bis fast an den hinteren Nagelfalz zerstört gewesen. Er ist jetzt schon ein Stück über die regenerirte Lunula hinaus nach vorn gewachsen, während etwa die vorderen zwei Drittel des Nagelbettes noch bloss liegen. In einem abgeschnittenen Stückchen des Nagelblattes finden sich besonders in seinen unteren Lagen, reichlich die Conidien, zum Theil in Ketten, sowie die Mycelfäden des Achorion Sch., welche demonstrirt werden. Die Behandlung mittelst Scheere und Feile nebst Sublimat wird unter stetiger mikroskopischer Controle von Ueberbleibseln fortgesetzt.

3. Herr Köbner demonstrirt ein Pilzpräparat von Madurafuss (Mycetoma pedis) aus Italien.

Dasselbe entstammt dem ersten, ausserhalb Indiens, und zwar in der chirurgischen Klinik zu Padua von Professor Bassini beobachteten und beschriebenen Falle, und ist dem Vortragenden durch Güte des Pro-

fessors Campana, welcher Bassini an der Untersuchung des von ihm amputirten Fusses betheiligte, übergeben worden.

Dieses nach einem bestimmten District Indiens, in dem es besonders vorkommt, von dem englichen Militärarzte Eyre (1848) sogenannte „Fuss von Madura", später von Carter „Foot of India, Fungus-foot of India oder Mycetoma pedis" benannte Leiden beginnt mit einer entzündlichen Anschwellung der Haut und des Zellgewebes, welche allmälig bis auf das Periost und die Knochen selbst übergreift. Ehe es so weit kommt, bildet sich eine Anzahl derber rother prominenter Knötchen, die mit einer dunklen Oeffnung perforirt werden, aus welcher sich dunkle rundliche, in Fistelgängen liegende Körperchen entleeren. Nach der Farbe dieses letzteren stellte Carter zwei Formen auf: wenn fischrogenähnlich und hell, nannte er dieselbe Malacrotienform des von seinem Mitarbeiter Berkeley (leider aus Spirituspräparaten gezüchteten!) Pilzes, von letzterem Chionyphe Carteri genannt; wenn schwärzlich, — die Sclerotienform derselben. Von späteren englischen Forschern, namentlich Lewis und Cunningham wurden jedoch in den ersteren, hellen Körperchen unter sechs Fällen niemals Pilze gefunden und für die schwarzen Körperchen das primäre Vorhandensein derselben vor dem Durchbruch der Eitergänge in Abrede gestellt. Da das Leiden sich selbst überlassen, zur Verjauchung und Zerstörung der Weichtheile und des Knochens führt, so tritt der Tod endlich nach colliquativen Diarrhöen und Septikämie ein. Ausschabung und Ausschneidung der kranken Theile schützen nicht vor Recidiven; die Amputation erwies sich in Indien als nöthig.

So war es auch bei dem vorliegenden Falle Bassini's, einem 45jährigen Landarbeiter, welcher niemals seine Heimathprovinz verlassen, sondern sich vor längerer Zeit eine kleine Wunde am Innenrande des Fusses durch eine Mistgabel zugezogen hatte. Bei seinem Eintritt in die Klinik Bassini's bot er bereits die typischen, von diesem abgebildeten Veränderungen, speciell auch die bis in die Marksubstanz des Talus hineinreichenden perforirenden Fistelgänge mit zahlreichen schwarzen Körperchen dar. Die Art der Ausbreitung, d. h. das gegenseitige Lagerungsverhältniss jener, aus äusserst massenhaften Pilzconvoluten und Pilzfadensträngen bestehenden schwärzlichen Körner und dem umgebenden Granulationsgewebe, in welches sie immer mehr hineinwachsen, erinnert, worauf schon Geber hinwies, an Actinomyces. Allein eine genauere Untersuchung lässt nur einen, von dem letzteren völlig verschiedenen Hyphomyceten in seinen verschiedenen Entwickelungsstadien erkennen, welcher am meisten einer Mucorart (oder einer Aspergillusart) ähnelt, wovon übrigens die von Bassini versuchten Reinculturen nicht aufgegangen sind.

Die Frage, ob das Leiden durch diesen Fadenpilz hervorgerufen wird oder ob es sich um ein secundäres Hineinwachsen handelt, bleibt noch eine offene.

Sitzung vom 4. März 1890.

Vorsitzender: Herr Köbner.
Schriftführer Herr Rosenthal.

Herr Behrend stellt mehrere seltenere Fälle von Lupus vor und bespricht die neueren Behandlungsmethoden der Affection.

Herr Lassar frägt, ob Herr Behrend nicht auch der Ansicht sei, dass der Process, wie er jetzt am Unterschenkel der einen Patientin bestehe, sich nicht selbstständig nach abgelaufenem Lupus entwickelt habe.

Herr Behrend erwidert, dass die Patientin seit ihrem zweiten Lebensjahre an der Affection gelitten habe und dass er den mit Knötchen einhergehenden Process nicht anders als Lupus auffassen könne.

Herr Isaac hält Lupus durch Sublimatumschläge nicht für heilbar, wie Herr Behrend angeführt habe. Der Process, dessen weitere Entwickelung stets am Rande vor sich gehe, sei nur durch energischen chirurgischen Eingriff zu beseitigen.

Herr Saalfeld hat seiner Zeit auf der Köbner'schen Poliklinik keinen einzigen Fall gesehen, der durch Sublimatumschläge geheilt sei. Dagegen wurden ihm beim Besuch der Doutrelepont'schen Klinik — vielleicht ist der Lupus in Berlin und Bonn verschiedenartig — viele Fälle gezeigt, die auf diese Weise hergestellt wurden.

Herr Lassar spricht sich hauptsächlich zu Gunsten der consequenten Durchführung einer Behandlungsmethode, wie Herr Behrend es gethan habe, aus. So habe er z. B. einen Fall nach Chrysarobin und Seife schwinden sehen. Auch Perubalsam übe auf die ulcerösen Formen einen sehr günstigen Einfluss aus.

Herr Rosenthal bemerkt, dass es nicht schwer sei, die ulcerösen Formen zu beseitigen. Hier wirken Perubalsam, Sublimat und viele andere Mittel. Das Hauptmoment bleibe doch, die Knötchen zu zerstören. Hier lassen die angeführten Mittel im Stich und eine energische Behandlung muss Platz greifen.

Herr Saalfeld macht darauf aufmerksam, dass es beim Perubalsam ausserordentlich auf das in Anwendung gezogene Präparat ankomme und dass bei fortgesetzter Anwendung desselben auch die Knoten einsinken.

Herr Isaac spricht sich noch einmal zu Gunsten einer energischen, chirurgischen Behandlung aus. Er könne sich nicht denken, dass bei dem tiefen Sitz des Processes, äusserlich angewendete Mittel, wie Perubalsam, Chrysarobin, Resorcin etc. wirken könnten. In Wien wurde z. B. von dem Lapis und von der Galvanokaustik ein weiter Gebrauch gemacht. Er stimme dem von Herrn Rosenthal hervorgehobenen Punkte vollständig bei.

Herr Köbner erwähnt, dass ein primärer Lupus mucosae narium häufig übersehen werde. So habe er schon gelegentlich einer im Jahre 1884 in der Berliner medicinischen Gesellschaft stattgefundenen Discussion hervorgehoben, dass man in jedem Falle von Lupus des Gesichts den Nasenspiegel anwenden müsse. Auf diese Weise gelinge es häufiger, den beinahe symptomlos verlaufenden Process der Schleimhaut zu entdecken und durch frühzeitige Kauterisation eine Perforation zu verhüten. Was nun den von Herrn Behrend vorgestellten Fall mit der gleichzeitigen Affection am Unterschenkel betreffe, so glaube er nicht, dass Lupus auch die Ursache der letzteren Affection sei. Er würde den Fall als Elephantiasis verrucosa cruris ansprechen. Es sei sehr schwer, aus den Narben, die hauptsächlich das Kniegelenk umgeben, zu sagen, welcher Natur der Process, der sich vor Jahren abgespielt habe, gewesen sei. Er erlaube sich nur noch den Vorschlag, da die Patientin über spontane Schmerzen des sehr rothen, heissen und elephantiastischen Unterschenkels klage, das elastische Strumpfband zu confisciren. Auch er könne beim Knotenlupus über die Anwendung des Sublimat nichts günstiges sagen; er denke theoretisch über Mittel wie z. B. Perubalsam genau wie Herr Isaac. — Zum Schluss will Herr Köbner, da in der Discussion Wien bezüglich der Galvanokaustik genannt sei, für die Anwendung derselben beim Lupus nur die Priorität Middeldorpf's hervorheben. Im Gegentheil hat Hebra später diese Methode verlassen theils wegen ihrer damaligen Umständlichkeit und doch nicht ausbleibenden Recidiven, theils weil nach der Anwendung derselben Hämaturie beobachtet wurde. Das kam daher, weil zur Zeit in einer Sitzung zu umfangreiche Körperstrecken gebrannt worden seien.

Herr Behrend hat einen Fall definitiv mit Sublimat geheilt; es sei seit langer Zeit kein Recidiv aufgetreten. Er habe noch einen zweiten analogen Fall, indessen behalte er sich hier noch das definitive Urtheil vor, da er noch nicht lange genug unter Beobachtung sei. — Nach Brennen und Schaben kommen auch Recidive in der Peripherie vor, weil man nicht die Garantie hat, dass alles Krankhafte zerstört sei und weil fast stets kranke Winkel zurückbleiben (Herr Behrend erläutert seine Ausführung durch schematische Zeichnungen). Deshalb sei er für schonendere Behandlung, wenn irgend möglich, besonders in den Fällen, wo die macerirende Wirkung der Sublimatumschläge in Betracht komme. Perubalsam leiste dasselbe wie Sublimat.

Herr Saalfeld führt zur factischen Berichtigung an, dass er den Perubalsam nicht als Heilmittel des Lupus empfohlen habe.

Herr Schirren: Ueber Aristol. (Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift veröffentlicht.)

Herr Rosenthal hat das Mittel in einer Anzahl von Fällen angewendet und behalte sich ein definitives Urtheil vor. Soviel könne er aber heute schon sagen, dass es auf die knotigen Formen des Lupus absolut keinen Einfluss übe, dagegen eher auf die ulcerösen, wie, in der vorhergehenden Discussion schon hervorgehoben, so viele andere Mittel. Bei Ulcus varicosum habe er die Anwendung des Mittels wegen starker Reizung der Nachbarschaft aussetzen müssen.

Sitzung vom 6. Mai 1890.

Vorsitzender: Herr Köbner.
Schriftführer: Herr Saalfeld.

I. Vor der Tagesordnung erklärt Herr Lassar zu dem im November 1889 vorgestellten Fall von extragenitaler Syphilis, dass die Affection in Folge Rasirens entstanden sei.

II. Herr A. Blaschko: Die Siderosis der Müller.

Meine Herren! Vor einigen Jahren habe ich auf eine Affection aufmerksam gemacht, die sich bei den Silberarbeitern findet und durch das Vorkommen von metallischem Silber in der Haut verursacht und durch das Auftreten blauschwarzer Flecke an den Händen ausgezeichnet ist. (Gewerbeargyrie nach Lewin). Heut möchte ich Ihnen von einer ähnlichen Affection berichten, die sich an den Händen der Müller und Steinhauer findet. Es handelt sich um das Eindringen von Stahl in die Cutis (ähnlich wie bei den Silberarbeitern um das Eindringen von Silber). Die Müller schärfen nämlich die Steine mit einem Hammer, der aus hartem Gussstahl gefertigt ist. Dabei springen häufig kleine Stahlstückchen ab und dringen in die Haut; andere ganz kleine Partikelchen bilden einen äusserst feinen Staub, der in die Lunge eingeathmet wird. Den dadurch entstehenden Zustand der Lunge bezeichnet man als Chalicosis pulmonum.

Die Arbeiter haben zwar zum Schutze für die Hände eine Bedeckung aus Leder und für die Augen eine Schutzbrille. Beide Vorrichtungen aber schützen nicht vollkommen. Daher dringen häufig Eisenstückchen in die Cornea, werden aber von dort verhältnissmässig leicht ausgeschieden; aus der Haut der Hand aber, wo der weit weniger starke Reiz die Arbeiter das Eindringen der Fremdkörper kaum bemerken lässt, werden nur die grösseren ausgeschieden; die kleineren bleiben liegen. Es bleibt dann ein schwarzer Fleck mit einem braunen Hof zurück. Die Flecken

finden sich zumeist auf dem Rücken der Hand und besonders auf der Dorsalseite der I. und II. Phalanx. Die rechte Hand ist häufiger betroffen als die linke. Die Farbe der Flecken ist schwarz oder schwarzbraun (bei den Silberarbeitern blau). Es fragt sich: Was wird aus den eingedrungenen Stahlstückchen?

Während das Silber oxydirt, nachher aber gelöst wird und überall, wo elastisches Gewebe ist, sich in feinsten Körnchen niederschlägt, ist der Process hier ein ganz anderer. Durch den Sauerstoff des Blutes nämlich verrostet das Eisen; es bildet sich Eisenoxydul; dieses bildet bei Gegenwart freier Alkalien Eisenoxyd und Eisenoxydalbuminate, welche eine bräunliche Färbung der Haut bewirken. Es bildet sich ferner Schwefeleisen; letzteres documentirt sich als schwärzliche in der Cutis und Epidermis liegende Körnchen. — Der ganze Vorgang ist eine diffuse Infiltration und unterscheidet sich so wesentlich von der Krankheit der Silberarbeiter.[1])

III. Herr Blaschko stellt ferner einen 58jährigen Metallschleifer mit frischer Syphilis vor, der ebenfalls eine gewerbliche Affection und zwar eine Keratosis follicularis an den Vorderarmen und Handrücken zeigt. Daselbst sind die Oberhautfelder deutlich ausgeprägt, stark hervorragend, mit harter Epidermis bedeckt; anstatt der Haare findet sich ein kleiner schwarzer Fleck. Beim Ausdrücken findet man einen aus Hornmasse bestehenden Comedo. — Diese Affection beobachtet man bei Personen, die bereits längere Zeit in ähnlicher Beschäftigung sind, namentlich solchen, die vorher an den Händen eine starke Haarentwickelung hatten. Bei mikroskopischer Untersuchung erkennt man in den betroffenen Hautpartien lamellös geschichtete Hornmassen; dagegen vermisst man Haarwurzeln und Talgdrüsensecret. Unter Umständen ist noch ein kleines Stück von einem Haar vorhanden. Das Ganze ist somit als ein horniger Comedo zu bezeichnen; als ursächliches Moment das beständige Eindringen von Schmutz und scharfen Chemikalien in die Follikel anzusehen. Psorospermien, wie sie neuerdings von Darier, White und Wickham in den Pröpfen der Keratosis follicularis gefunden wurden, waren nicht nachweisbar.

IV. Herr Blaschko stellt einen Patienten vor, der seit drei bis vier Monaten eine Reihe von kahlen Stellen auf dem Kopfe zeigt. Die Krankheit begann mit empfindlicher Seborrhoe und ging schliesslich in narbige Alopecie über. Es handelt sich wahrscheinlich um einen Haarschwund in Folge von Lupus erythematodes. Dafür scheinen namentlich zu sprechen das ursprüngliche Erythem, die Seborrhoe, die consecutive Atrophie der Talgdrüsen, der Ausgang in Narbenbildung ohne vorherige Ulceration, sowie das periphere Vorwärtsschreiten der Affection. — Der Kranke hat stark unter nervösen Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit zu leiden; die Erkrankung selbst hat sich in unmittelbarem Anschluss an Influenza entwickelt. Therapeutisch haben sich Pinselungen mit alkoholischer Pyrogallussäure als wirksam gezeigt.

Discussion.

Herr Behrend: Herrn Blaschko's Ansicht ist, dass es sich hier um eine Keratosis follicularis, also um eine Krankheit handele, ich aber

---

1) Anmerkung zum Protokoll. Bei Durchmusterung der Literatur habe ich nachträglich eine Angabe über diese Siderosis gefunden von Schilling in „Gewerbe-Anthracosis und Siderosis". Münchener medicin. Wochenschrift, Band 34, Seite 77. Ob bei Boudry, Krankheiten der Mühlensteinarbeiter, Rev. san. de Bordeaux, VI., p. 18, 27, 34, die Siderosis erwähnt ist, weiss ich nicht, da mir nur der Titel dieser Abhandlung zur Verfügung stand.

glaube, dass hier keine pathologische Verhornung innerhalb der Follikel vorliege. Zunächst wird die Verstopfung der Follikel auf rein mechanische Weise, durch Imprägnation mit Schmutz und Staub bewirkt, und es gesellen sich secundär zu den retinirten Talgmassen die aus dem Infundibulum des Haarbalges auf physiologischem Wege abgestossenen Epidermismassen hinzu, die mit dem Hauttalg nicht entleert werden können und sich in Folge dessen einfach ansammeln, so dass als das Pathologische nur die Verstopfung der Follikel durch fremde Massen zu betrachten ist.

V. Herr Köbner: Meine Herren! Der vorzustellende Fall betrifft die hier nicht sehr seltene Pityriasis rosea, die in unserer Vereinigung schon mehrmals gezeigt wurde.

Die Krankheit wird von Hebra und seinen Schülern als eine Form der Mycosis tonsurans (Herp. tonsur. maculos acut.) aufgefasst. Herr Rosenthal stimmte hier einmal gelegentlich einer Krankenvorstellung dieser Ansicht zu. Ich aber kann nach meinen Beobachtungen diese Ansicht nicht theilen. — Bazin bezeichnete die Pityriasis rosea Gibert's als ein „Pseudo-Exanthème aigu", das in seinem Auftreten, Verlauf und bisweilen auch geringem Fieber den acuten Exanthemen ähnle. — Vidal unterscheidet eine Pityriasis marginée und circinnée und sagt, diese sei zu trennen von der Pityriasis rosea Bazin's, und zwar dadurch, dass letztere ganz typisch in der Medianlinie von Brust oder Rücken beginnt, sich ferner fast ausnahmslos symmetrisch am Rumpfe ausbreite, von dort aus auf die Extremitäten übergehe und schliesslich nach 6—8 Wochen spontan zur Heilung komme, während jene, wie jede parasitische Krankheit, ohne bestimmten Ort, bald am Stamm, bald an den Extremitäten beginne, sich ohne jede Symmetrie verbreite und unbestimmt lange — bis zu 3—5 Monaten — daure. Nach E. Vidal liegt der Krankheit ein Pilz zu Grunde, den er Mikrosporon dispar s. anomoeon nannte, und dessen sehr kleine und an Grösse sehr wechselnde Sporen (daher der Name Mikrosporon dispar) an der Peripherie der Epidermiszellen liegen und diese auseinander drängen. — Mir ist es nie gelungen, Conidien oder Mycelien eines Fadenpilzes bei dieser Krankheit zu finden, wie ich dies auch in dem Bericht aus meiner Poliklinik von Block: „Klinische Analyse von 3000 Fällen von Hautkrankheiten nebst therapeutischen Bemerkungen (Berlin 1888)" habe anführen lassen. Ebenso wenig ist es je meinen Assistenten oder Herrn Dubreuilh aus Bordeaux gelungen, der 1887 in meiner Poliklinik mituntersuchte. Die Uebertragungsversuche Vidal's hatten keinen Erfolg; überhaupt ist die Ansteckung im Gegensatz zur Mykosis tonsurans niemals beobachtet worden. Dass es sich bei Vidal's Befund nicht um Fadenpilze, sondern höchstens um Mikrokokken handelt, kann ich heute vorläufig an einigen gefärbten Präparaten und an Culturen des alsbald zu demonstrirenden Falles zeigen, die Herr Dr. Strelitz angelegt hat. Es kamen die verschiedensten Nährböden zur Anwendung, auf welchen allen eine Kokkenart zur Entwickelung kam, die sich nicht bei Zimmer-, wohl aber bei Bluttemperatur fortpflanzen lässt. Die Kokkenart selbst hat jedoch, soweit bisher beobachtet, durchaus nichts Charakteristisches, und es fehlt selbstverständlich für irgend welche Annahme ihrer ätiologischen Bedeutung noch das Hauptcriterium: die gelungene Uebertragung.

Wie ich früher alle pflanzlichen Parasiten auf mich selbst mit Erfolg überimpft habe, so will ich auch hier, um den einzig maassgebenden Beweis für die etwaige pathogene Bedeutung oder aber die Gleichgiltigkeit jener Kokken zu erbringen, das Gleiche thun.

Discussion.

Herr Isaac: Ich bin der Ansicht, dass man sich derartigen Veröffentlichungen gegenüber äusserst skeptisch verhalten muss, bis nicht

Reinculturen und gelungene Uebertragungsversuche ein positives Ergebniss geliefert haben. In dem Laboratorium der Lassar'schen Klinik sind von Herrn Günther alle Hautpilze auf ihre Uebertragungsfähigkeit geprüft worden, und konnte er, wie auch andere Forscher, vom Herpes tonsurans und Favuspilz auf Gelatine und Agar-Agar Reinculturen erhalten, während es ihm bei allen Herpes squamosus-Fällen bisher nicht gelingen wollte, des Pilzes habhaft zu werden oder ihn in Nährmaterial fest zu halten. Ich glaube also, dass man den Pilz des Herrn Köbner erst dann als den Erreger der Herpes squamosus-Krankheit betrachten darf, wenn abgeschlossene Untersuchungen, wie sie uns die Bakteriologie lehrt, vorliegen.

Herr Behrend: Ich halte es für sehr empfehlenswerth, dass Herr Köbner sich mit seinen Ausführungen noch so reservirt hält, da durch diese Untersuchungen noch nicht sicher gestellt erscheint, dass die Krankheitserscheinungen durch Kokken erzeugt werden. Vielmehr weist das ganze klinische Bild eher darauf hin, dass, wenn hier eine parasitäre Ursache vorhanden ist, es sich um Fadenpilze handelt. Uebrigens muss ich Herrn Köbner darin vollkommen beistimmen, dass dieser von Kaposi sogenannte Herpes tonsurans maculosus nicht als Herpes tonsurans zu bezeichnen ist, da er sich von demselben wesentlich unterscheidet. Ich habe genau die Gründe, welche Herr Köbner zu Gunsten dieser Ansicht geltend macht, schon vor einer Reihe von Jahren auch meinerseits hervorgehoben.

Herr Köbner erklärt gegenüber den Ausführungen der Herren Behrend und Isaac ausdrücklich, dass seine und des Herrn Strelitz Untersuchungen über den Gegenstand bei weitem nicht abgeschlossen seien, und er nur die gerade im Gange befindlichen Culturproben des Herrn Strelitz habe vorlegen wollen. Er hebe als Differenz von Mykosis tonsurans die äusserst rasche Verbreitung über eine grosse Körperfläche, das Ausbleiben jedes höheren Grades von Exsudation, wie Bläschen und dergl., das Verschontbleiben der Haare selbst in jenen Fällen von Pityriasis rosea hervor, bei denen Vidal (im Gesicht) zwischen den Epidermiszellen des Orificium der Haarbälge seine vermeintlichen Sporen gefunden hat. Die Haarsubstanz fand sich stets frei davon. Was Herrn Köbner allein aus den bisherigen Culturversuchen hervorzugehen scheint, ist, dass es sich jedenfalls um keinen, dem Trichophyton tonsurans ähnlichen Mikroorganismus resp. überhaupt um keinen Fadenpilz handelt.

Herr Körner stellt den (gleichzeitig mit einem Recidiv von Plaques muqueuses pharyngis behafteten) Patienten vor und erklärt, dass dieser am 22. April ihm zum ersten Mal zur Beobachtung gekommen sei. Die Krankheit habe beiderseits an der Rückenfläche des unteren Thoraxendes begonnen. Am 22. April zeigte Patient mehrere, zum Theil medaillonförmige Plaques, die heut ungefähr 45 Tage alt sind. Dieselben sind ebenso wie die später entstandenen an der oberen Rückenhälfte sehr verblasst, zeigen nur noch eine blassgelbliche Farbe und schuppen nicht mehr. Auch von den am 22. vorhandenen kleinen, scheibenförmigen Plaques an der Innenfläche des linken Oberarmes, weniger auch des linken Vorderarmes, existiren nur noch Reste. Indessen haben sich einige kleine, zum Theil feinschuppige Flecken auf der Aussenseite des rechten Oberarmes und der rechten Hinterbacke neu gebildet. Jucken tritt bei Tage fast nie auf; nur bei Temperatur- resp. Hemdwechsel Morgens und Abends. Absichtlich wurde jede Cur unterlassen.

VI. Herr O. Rosenthal: Der Fall, den ich mir erlaube Ihnen vorzustellen, betrifft einen Arbeiter von 49 Jahren; derselbe leidet an Lupus erythematodes. Obgleich der Fall als solcher nicht uninteressant ist, da er, seit 18 Jahren bestehend, sich durch keine Behandlung

aufgehalten, über das ganze Gesicht verbreitet hat, so hätte ich doch gewünscht, Ihnen denselben Anfangs März vorzustellen, wo Patient zu mir kam, da man hier kaum in die Lage kommen dürfte, einen so unberührten Fall zu sehen. Was bei demselben zuvörderst in die Augen fiel, waren dicke, borkenartige Massen, die fast auf dem ganzen Gesicht aufgelagert waren und die so recht den Zustand erkennen liessen, der Hebra im Jahre 1845 die Veranlassung gab, die Affection „Seborrhoea congestiva". zu benennen. Sie erkennen den Befund noch sehr deutlich auf den Bildern, die ich herumreiche: auf denselben tritt auch die Schmetterlingsform prägnant hervor. Die Borken sassen mit kleinen Fortsätzen in den klaffenden Drüsenmündungen der Haut fest. Die ganze erkrankte Partie lag unter dem Niveau der gesunden und war, wie auf der Abbildung ersichtlich ist, durch eine deutliche Hautleiste von der gesunden Umgebung getrennt. An der Nasenspitze war die Haut mit dem Knorpel fast vollständig verwachsen und an den Uebergangsstellen zwischen knorpeliger und knöcherner Nase zeigten sich zwei tiefe narbige Einziehungen. An den Ohrmuscheln zeigte sich Aehnliches: Schwund der Ohrläppchen und Verwachsung der Haut mit dem Knorpel des grössten Theils der Ohrmuschel. Auch der Uebergang der Affection auf die Schleimhaut der Nase und des äusseren Gehörgangs war deutlich zu sehen. Stirn und Kinn waren vollständig frei.

Die Behandlung des Falles bestand in Anwendung einer Aristolsalbe und des Paquelins; Sie werden sehen, dass die Besserung ziemlich bedeutend ist.

Im Anschluss hieran möchte ich noch einige Worte über die Behandlung des Lupus erythematodes sagen, zu dessen Bekämpfung, wenn auch nicht in gleicher Anzahl wie beim Lupus vulgaris — letzterer ist eben viel häufiger — stets neue Mittel empfohlen werden, ein Beweis, dass es an einem wirksamen Mittel fehlt. Gelingt es oft durch einfache Seifenwaschungen, besonders frische Fälle zu beeinflussen, so giebt es wiederum solche, die jeder Behandlung, der mildesten wie der eingreifendsten, spotten. So hatte ich erst unlängst Gelegenheit, einen unberührten Fall von Lupus erythematodes des Nasenrückens und eines Theils der rechten Wange zu behandeln. Derselbe war nach dreimaliger Anwendung von 5procentiger Lösung von Kali causticum beseitigt. Hingegen quäle ich mich seit 11 Jahren mit einem Lupus erythematodes, der sich über den linken Handrücken und die obere und innere Fläche des zweiten und dritten Fingers derselben Hand erstreckt — es ist derselbe Fall, den ich 1887 im Verein für innere Medicin vorgestellt habe — vergebens ab; ich glaube behaupten zu können, ich habe alles versucht. Das einzige, was erreicht wurde, ist, dass der Process nicht weiter fortgeschritten ist. Wir stehen gewissen Fällen dieser Affection eben machtlos gegenüber. So mag es auch gekommen sein, dass Kaposi das Emplastr. mercur. bei dieser Affection empfohlen hat: ich habe mich in keinem einzigen Falle von dessen Wirksamkeit überzeugen können. Auch Herr Köbner, mit dem ich unlängst Gelegenheit hatte, über diesen Punkt zu sprechen, sprach sich mir gegenüber in gleichem Sinne aus. Dagegen möchte ich, um irriger Auslegung zu begegnen, dieses Mittels, das in unseren Kreisen in letzterer Zeit wiederholt angefeindet wurde, unter keinen Umständen zur Beseitigung local specifischer Erscheinungen entbehren. Ich hatte erst unlängst wieder Veranlassung, mich in einem hartnäckigen Falle von Knotensyphilis von dessen eclatanter Wirkung zu überzeugen. Bei Injectionen von Hydrarg. salic. bildeten sich die grösseren, mit dem Pflaster bedeckten Knoten ungleich schneller zurück als die kleinen, die nach 8—10 Einspritzungen fast noch unverändert waren.

Auch vom Perubalsam, das Herr Lassar in einem Falle von Lupus

thum, obwohl selbige, wie bekannt, hauptsächlich an der Oberfläche wächst.

Herr Rosenthal: Den Ausführungen des Herrn Boer schliesse ich mich, in ihrem ersten Theile wenigstens, an. Die von Herrn Heller angestellten Versuche sollen nur die bakteriologische, nicht auch die klinische Bedeutung des Aristols klarlegen. Es handelt sich hier nur um die Frage: Hat das Aristol Bakterien hemmende Wirkung oder nicht? — Und von diesem Standpunkte aus betrachtet sind Herrn Hellers Versuche augenfällig und überzeugend.

Herr Heller: Sobald man im Zweifel ist, an welchen Stellen Bakterien gewachsen sind, hat man nur zur mikroskopischen Durchwucherung der Platten bei schwacher Vergrösserung zu greifen. Wo Organismen gewachsen sind, verliert der Nährboden seine Durchsichtigkeit und erscheint getrübt.

Auf den privatim geäusserten Einwand des Herrn Behrend schliesslich erwidere ich, dass ich absichtlich auf einige Stellen der Platte sehr viel, auf andere sehr wenig Aristol gestreut habe, um dem Einwande zu entgehen, die Menge des Aristols sei von maassgebender Bedeutung.

Sitzung am 2. Juli 1890.

Vorsitzender: Herr Köbner.
Schriftführer: Herr Saalfeld.

1. Herr Behrend stellt einen Patienten, der an einer ausgedehnten Eruption von Erythema exsudativum mit Phlyctänenbildung oder Herpes iris, wie die Erkrankung auch von manchen Seiten genannt wird, vor. Derselbe zeigt bläulich-rothe infiltrirte, über die Hautoberfläche prominirende Scheiben von der Grösse eines Zehnpfennigstücks, die an ihrem Rande von einem kreisförmigen Blasenwall umschlossen sind, während einzelne im Centrum eine flache gelbliche Borke zeigen, so dass das typische Bild einer Kokarde erzeugt wird, andere dagegen ein bereits abgeheiltes normales Centrum besitzen. Was den Fall noch besonders interessant macht, ist der Umstand, dass nicht allein die Handrücken, sondern auch beide Handflächen mit zahlreichen Efflorescenzen dieser Art bedeckt sind, wodurch unter Umständen sehr leicht Verwechselungen mit Syphilis hervorgehen können. Dass thatsächlich solche Verwechselungen vorkommen, beweist mir der Fall einer Dame mit der gleichen Erkrankung der Handflächen, die ich vor kurzem beobachtete, und die von dem behandelnden Arzte mit Einreibungen von grauer Salbe behandelt worden war.

Herr Saalfeld: Meine Herren! Nach den Auseinandersetzungen des Herrn Behrend kann ich mich kurz fassen; ich möchte mich darauf beschränken, Ihnen die Patientin vorzustellen. Die junge Dame ist 21 Jahre alt. Seit ihrem 5. Lebensjahre leidet sie an Ausbrüchen von Erythema exsudativum multiforme. Diese Ausbrüche kehrten bis vor drei Jahren wieder; seitdem blieb Pat. frei, bis vor 14 Tagen wiederum ein neuer Ausbruch auftrat. Die Affection zeigt sich an den Handrücken, den Extensorenseiten der Finger und an den Ohren. Die Mundschleimhaut ist frei, ebenso sind die Füsse nicht befallen.

Herr Rosenthal: Im Anschluss an den Fall des Herrn Behrend erlaube ich mir an den im vorigen Jahre in der Vereinigung vorgestellten, ähnlichen Fall zu erinnern. Bei meinem Patienten waren nicht nur der Rücken, sondern auch die Flächen der Hände, letztere von kleinen, mit einem röthlichen Hof umgebenen Bläschen in reichlichem Maasse befallen.

2. Herr Behrend legt seine Präparate über Trichomycosis nodosa vor, die bereits in der Berliner kl. Wochenschr. (1890 No. 21) beschrieben worden sind. Weitere Untersuchungen der Haare haben ergeben, dass die Anlagerung der saprophytischen Fadenpilze, von denen auch Reinculturen der Versammlung vorgelegt werden, eine materielle Veränderung der Haare selber voraussetzt, wie sie durch die im vorliegenden Falle vorhandene Trichorrhexis nodosa gebildet wird. Aber auch dort, wo die Pilzhaufen an anscheinend intaktem Haarschaft angelagert erscheinen, ist häufig eine Abbiegung von Cuticulaschuppen nachzuweisen, wie bei den Mikrophytenhaaren der Achselhöhle, durch welche den Pilzen gewissermassen ein Schlupfwinkel zu ihrer Ansiedelung geboten wird.

3. Herr Blaschko: Ueber das Antypirin bei der Behandlung von Hautkrankheiten. Seitdem vor einigen Jahren bekannt wurde, dass das Antipyrin nicht allein ein Antipyreticum, sondern ein Nervinum ersten Ranges sei, habe ich dasselbe bei einer Reihe von Hautkrankheiten in Anwendung gezogen und möchte jetzt mit wenigen Worten über die Resultate berichten, welche ich bisher mit demselben erzielt habe. Die Gesichtspunkte, von denen ich bei der Anwendung des Antipyrins ausging, waren folgende: Unter den Hautkrankheiten giebt es erstens eine Reihe von solchen, die wir als reine Neurosen betrachten müssen, wie z. B. den Pruritus cutaneus nervosus; ferner eine andere Reihe von Erkrankungen, die wir geneigt sind, auf eine Erkrankung der Gefässwände zurückzuführen, die sogenannten Angioneurosen. Ausserdem spielen aber auch bei vielen anderen Hautkrankheiten nervöse Begleiterscheinungen eine mehr oder minder wesentliche Rolle. Von diesen nervösen Symptomen ist es namentlich eins, welches ausserordentlich quälend ist und an und für sich schon einer Therapie bedürftig erscheint, nämlich das Jucken.

Gestatten Sie mir, hier mit ein paar Worten auf die Ursache und das Wesen der Juckempfindung einzugehen. Dieselbe kommt stets dann zu Stande, wenn minimale Reize die sensiblen Hautnerven treffen. Durch die Untersuchungen von Blix wissen wir, dass es Kälte-, Wärme-, Gefühl- und Tast-empfindende Nerven giebt. Bei mittleren Erregungsgraden dieser Nerven treten die specifischen Empfindungen ein. Bei übermässigem Reize kommt es wahrscheinlich bei allen diesen Nerven zu einer Schmerzempfindung, während ein minimaler Reiz die eigenthümliche Empfindung des Juckens oder Kitzelns auslöst. Die Frage ist nur, ob alle diese Nerven, wenn sie ein nur minimaler Reiz trifft, mit der Empfindung des Juckens reagiren oder ob dies, wie Goldscheider meint, nur bei Gefühl- und Tastnerven stattfindet.

Die Juckempfindung selbst kommt natürlich ebenso wie jede andere Empfindung im Gehirne zu Stande. Es kann daher auch vorkommen, dass, ohne dass ein peripherer Reiz die Nerven trifft, die Juckempfindung einfach vom Centrum erregt wird, was nicht selten unter pathologischen Verhältnissen geschieht. So kennen Sie z. B. die intensive Juckempfindung, welche Hysterische und Tabiker haben, und welche zu Stande kommt, ohne dass periphere Nervenendigungen von Reizen getroffen werden.

Mechanisch können wir die Juckempfindung auslösen durch leichte Berührung der Haut oder der feinen die Haut bedeckenden Härchen. Spontan kommt es am häufigsten wohl dann zum Jucken, wenn im Papillarkörper ein Zustand von Hyperämie etablirt wird. Kromayer hat vor kurzem darauf hingewiesen, dass der Papillarkörper sich normaler Weise beständig im Zustande der Anämie befindet. In der Zeiteinheit strömt verhältnissmässig wenig Blut durch denselben und so bedarf es gewisser pathologischer Verhältnisse, um den Papillarkörper hyper-

ämisch zu machen, wobei wir den Zustand der activen oder Wallungshyperämie und den der passiven oder Stauungshyperämie zu unterscheiden haben; auch die letztere kann Juckempfindungen auslösen, wie wir sie z. B. bei varicösen Unterschenkeln sehr häufig antreffen. Ausser durch die Hyperämie des Papillarkörpers wird, wenn auch verhältnissmässig selten, durch andere pathologische Vorgänge z. B. directe Irritation bloss der sensiblen Nervenenden Jucken erzeugt, doch kann ich bei der Kürze der Zeit hierauf nicht näher eingehen.

Es war nun zu erwarten, dass das Antipyrin, wenn es als Anästheticum und Analgeticum wirkt, auch in ganz besonderem Maasse auf die Juckempfindungen einwirken würde, wobei es für die Therapie ausser Betracht blieb, an welcher Stelle — ob peripher oder lokal — das Antipyrin einwirke, eine Frage, die bekanntlich bislang noch eine offene ist.

Von den Erkrankungen, bei welchen ich das Antipyrin systematisch angewendet habe, möchte ich zuerst eine Erkrankung des Kindesalters erwähnen, welche sich durch das Auftreten von Urticaria ähnlichen Papeln, besonders des Nachts, wenn die Kinder ins Bett kommen, manifestirt, eine Affection, bei welcher es nicht selten zur Bildung bleibender juckender Knötchen kommt und die daher, besonders wenn sie die Extremitäten befällt, von der Wiener Schule als die Vorstufe der Prurigo betrachtet wird, während andere Autoren sie als Lichen urticatus, Urticaria papulosa etc. bezeichnen. Bei dieser Krankheit, von der es mir äusserst zweifelhaft ist, ob dieselbe je das erste Stadium der echten Hebraschen Prurigo bilden kann, und für welche ich wieder den ihr von den alten Autoren gegebenen Namen Strophulus einführen möchte, ist das Jucken nicht selten so heftig, dass die Kinder oft Monate und Jahre lang nicht ruhig schlafen können und sehr herunterkommen. Man kann wohl den der Krankheit zu Grunde liegenden pathologischen Vorgang auf eine erhöhte Reflexerregbarkeit der Hautnerven und eine damit verbundene Hyperästhesie der sensiblen Hautnerven zurückführen; und es liess sich von vornherein erwarten, dass das Antipyrin symptomatisch (als beruhigendes Mittel) gute Dienste leisten würde, wenn man gleichzeitig die lokale Behandlung — mit Theerbädern und Naphtholsalben — fortsetzte. Nun zeigte sich mir aber bald, dass in einer Reihe von Fällen das Antipyrin nicht nur symptomatisch wirkt, sondern dass der ganze Krankheitsprocess auffallend günstig beeinflusst wurde und sogar vielfach nach verhältnissmässig kurzer Anwendung des Mittels sich gänzlich zurückbildete. Die Form der Darreichung war die in Pulvern oder Solutionen:

℞ Antipyrin 2,0
Sacchar. 8,0.

M.D.S. Abends 1 Messerspitze bis ½ Theelöffel voll zu nehmen.

Bei kleinen Kindern:

℞ Antipyrin. 1,5
Aq. destillat.
Syr. sacchar. ana 25,0.

M.D.S. Abends 1 Theelöffel voll zu nehmen.

Unter dieser Therapie lässt bei allen Fällen das Jucken und Kratzen schon in den ersten Wochen ganz auffallend nach, und die Kinder beginnen zu schlafen. Nur bei sehr wenigen Kindern stellten sich noch neue Knötchen ein; bei der grösseren Mehrzahl der Kinder verliert sich mit der Zeit das Exanthem vollkommen. Die gute Wirkung mag ja zum Theil auf die symptomatische Wirkung zurückzuführen sein. Offenbar besteht bei Fällen dieser Art ein circulus vitiosus. Die Knötchen erzeugen Juckempfindung, die Kinder kratzen und bewirken somit ein erneutes Auftreten von Knötchen. Dadurch, dass man nun die Juckem-

pfindung verhindert, unterbricht man diesen circulus vitiosus. Immerhin war die Wirkung des Antipyrins in vielen Fällen eine so auffallend günstige und durchgreifende, dass ich geneigt bin, dem Antipyrin auch eine directe Einwirkung auf die Gefässnerven zuzuschreiben. Hinzufügen möchte ich noch, dass ich in allen den Fällen, wo gleichzeitig andere Affectionen bestanden, die möglicherweise in ätiologischem Zusammenhange mit dem Strophulus standen, wie Dentition, Gastritis, Obstipation etc., ich es nicht unterlassen habe, auf diese Zustände direct therapeutisch einzuwirken.

Auch bei echter Urticaria habe ich eine Reihe von Versuchen gemacht. In vielen Fällen können wir die Urticaria ja auf Erkrankung im Magendarmtractus zurückführen; doch giebt es eine Reihe von Fällen, welche wir als rein nervöse bezeichnen müssen, da ätiologische Momente sich namentlich seitens des Darmkanals nicht auffinden lassen. Gerade in diesen Fällen ist das Antypirin oft von ganz vorzüglicher Wirkung, wie dies auch von Dr. Nitot[1]) an 4 Fällen constatirt wurde (übrigens die einzige mir bekannte Literaturangabe über die Verwendung des Antipyrins in der Dermatotherapie). Ich möchte jedoch auch hier bemerken, dass bei einem Falle von hartnäckiger Urticaria das Antipyrin nur vorübergehend gute Dienste leistete, aber nicht im Stande war, zu verhindern, dass immer wieder von Neuem Urticaria auftrat. Der Fall heilte schliesslich spontan nach mehrmaliger Aenderung der Therapie. Bei Fällen mit nervösem Pruritus erweist sich das Antipyrin als ausserordentlich wirksam, und ich möchte Ihnen rathen, in solchen Fällen sich stets des Antipyrins in erster Reihe zu bedienen. Ich gebe es gewöhnlich in Dosen von 0,5 dreimal täglich, bei acuteren Fällen dreimal täglich 1,0. Auch bei echter Prurigo erweist sich das Antipyrin als wirksames Mittel, welches die übrige Therapie auf das wirksamste unterstützt.

Bei einer andern Form von Erkrankung, bei Erythema exsudativum, Eryth. nodosum, Peliosis rheumatica etc. habe ich das Antipyrin ebenfalls vielfach in Anwendung gezogen. In der Mehrzahl der Fälle bedarf es eigentlich gar keiner Therapie, da es ja meist spontan zur Heilung kommt; in denjenigen Fällen jedoch, wo mehr oder minder heftige Gelenkschmerzen bestehen, erweist sich das Antipyrin als ausserordentlich wirksam. Diese Fälle, welche ätiologisch und pathologisch dem acuten und chronischen Gelenkrheumatismus sehr nahe stehen, Erkrankungen, bei welchen bekanntlich Antipyrin fast als ein Specificum gelten kann, da Antipyrin wohl weniger als Nervinum, wie als Antirheumaticum wirkt[2]).

Auch beim Eczem habe ich mehrfache Versuche mit dem Antipyrin gemacht, wobei vorauszusehen war, dass es beim chronischem Eczem selbst als symptomatisches Mittel nur von untergeordneter Bedeutung sein würde, während es bei acutem Eczem auf den oft bestehenden fieberhaften Zustand, auf die strotzende Fülle der Hautgefässe günstig einwirkt und bei gleichzeitiger Ruhe und Anwendung localer Linderungsmittel in der That ausserordentlich gute Dienste leistet.

Zum Schluss möchte ich Ihnen noch zwei Unica anführen, bei denen die Wirkung des Antipyrin eine geradezu wunderbare war.

Der erste Fall betrifft einen schweren Pemphigus vulgaris, der in meine Behandlung kam, nachdem er schon ein Jahr lang mit Arsen und anderen Mitteln vergeblich behandelt worden war. Der ganze Körper war mit Narben bedeckt, tiefbraun pigmentirt und wies zahlreiche bis

1) Journ. de méd. de Paris. No. 22. 1889.

2) Die Neuralgien bei Herpes zoster sind ebenfalls am besten durch Antipyrin zu bekämpfen.

kirschgrosse Pemphigusblasen auf. Im Verlaufe der nächsten $^3/_4$ Jahre habe ich den Patienten beständig unter Augen gehabt. Unter dem Einflusse hoher Arsendosen verschwanden jedes Mal die Blasen, um bei Aussetzen des Mittels oder Verringerung der Dosis regelmässig wieder aufzutreten. Ich habe mehrfach versucht durch Bäder, innerliche und äusserliche Darreichung von Ichthyol, Ergotin und einer grossen Anzahl von anderen Medicamenten ihnen beizukommen. Der Patient bat dann jedoch jedesmal, ihm wieder Arsen zu verschreiben. Höchst wahrscheinlich durch den chronischen Arsengebrauch entwickelte sich eine heftige Gastritis und Hepatitis. Der Kranke kam sehr herunter, es kam zur Bildung eines hochgradigen Ascites und der Patient musste einem Krankenhause überwiesen werden, wo mehrere Liter Transsudat aus der Bauchhöhle entfernt wurden. Während der ersten Zeit seines Aufenthaltes im Krankenhause war das Exanthem ausgeblieben, aber als er von seinem Ascites geheilt entlassen wurde, war der Körper schon wieder mit zahlreichen Blasen bedeckt und ich musste wiederum — bei der absoluten Unwirksamkeit jeder anderen Therapie — auf dringendes Bitten des Patienten zur Darreichung des Arsens schreiten. Ich setzte dasselbe jedoch von Zeit zu Zeit aus; als ich jedoch, um das heftige Jucken zu lindern, Antipyrin gab, blieb zu meiner grössten Ueberraschung nicht nur das Jucken aus, sondern auch die Blasenbildung sistirte völlig. Es sind 7 oder 8 Monate seitdem verflossen und der Patient hat keine neue Blaseneruption bekommen; er fühlt sich wohl, ist wieder arbeitsfähig und hat an Körpergewicht zugenommen.

(Nachtrag von 21. September 1890: Auch jetzt noch hält die erzielte Besserung an; es sind zwar neuerdings hin und wieder vereinzelte kleine Blasen aufgetreten, die dem Patienten so wenig Beschwerden machten, dass er es für überflüssig hielt, sich derentwegen irgend einer Therapie zu unterziehen.)

Der zweite, gleich günstig verlaufene Fall ist ein Lichen ruber bei einer jungen Dame, welche nach 8 Monat vergeblicher Behandlung zu mir kam. Die Affection war auf dem Rücken der Hand, den Vorderarmen, Oberschenkeln und Kniekehlen localisirt und verursachte heftiges Jucken. Unter Arsengebrauch trat nicht nur keine Besserung des Zustandes auf, vielmehr blieb das Jucken bestehen, während der Ausschlag sich auf die benachbarten Hautpartien verbreitete. Die Patientin bekam dazu schon nach geringen Dosen Intoxicationserscheinungen, so dass ich gezwungen war, die Arsentherapie auszusetzen. In Erinnerung der guten Dienste, die das Antipyrin mir in dem Falle von Pemphigus geleistet, gab ich dasselbe, und zu meinem Erstaunen blieb das Jucken vom ersten Tage ab weg, das Exanthem verlor sich binnen 2 Wochen vollkommen, nachdem 12 Gramm des Mittels verbraucht waren. Nach 14 Tagen kehrte die Patientin mit einem kleinen Recidive zurück. Nach 5,0 Antipyrin verschwand das Exanthem eben so prompt wie das erste Mal und ist seit dem nicht wiedergekehrt. — Nicht unerwähnt will ich übrigens lassen, dass ich neuerdings bei einem Falle von Lichen ruber das Antipyrin wieder probirt habe, das Jucken blieb sofort aus, aber es schien mir, als ob der Lichen sich trotzdem verbreitete. Auch muss wohl der Patient derselben Meinung gewesen sein: er blieb, nachdem er 3 Mal bei mir gewesen war, fort. —

Immerhin möchte ich nach den in den beiden genannten Fällen erzielten günstigen Resultaten Ihnen empfehlen in Fällen von Lichen ruber und Pemphigus das Antipyrin zu versuchen, ohne dass ich dasselbe etwa als ein specifisches Heilmittel für diese Affection ansähe. Ueberhaupt möchte ich davor warnen, das Antipyrin als eine Panacee gegen alle möglichen Hautaffectionen zu betrachten; man darf für die meisten Fälle

dasselbe höchstens als ein symptomatisch gegen das Jucken gut wirkendes und die übrigen therapeutischen Mittel ausserordentlich unterstützendes Medicament auffassen. Freilich lässt die Wirkung des Mittels bei Strophulus und den beiden letzterwähnten Fällen vermuthen, dass dasselbe nebenbei noch eine irgendwie geartete Einwirkung auf die Hautgefässnerven oder auf die Gefässwandungen direct auszuüben im Stande ist, eine Wirkung, deren Natur vielleicht sich hoffentlich in Zukunft unserer Einsicht erschliesst. Jedenfalls verdient das Antipyrin in den Schatz der Dermatotherapie aufgenommen zu werden.

Discussion.

Herr Behrend: Ich freue mich, aus dem Munde des Herrn Vortragenden zu vernehmen, dass wir im Stande sind, das Jucken bei gewissen Hautkrankheiten zu verhindern, bei denen uns ein solches Mittel gefehlt hat. Ich glaube nur, dass nicht in allen Fällen solche ausschlaggebenden Erfolge erzielt werden, wie es Herrn Blaschko bei Eczem möglich gewesen ist. Meiner Ansicht nach ist jedoch das einzige und das beste Mittel das Jucken beim Eczem zu beseitigen, das Eczem zu heilen. Die innere Therapie stelle ich absolut nicht in den Hintergrund, wenn ich auch von einem innerlich dargereichten Mittel nicht glauben kann, dass davon allein der Erfolg abhängt. Leider haben wir bisher gar keinen Anhaltspunkt für eine erfolgreiche innere Behandlung, sodass bis auf Weiteres die äussere Medication noch immer das Wesentliche bleiben wird. Dies ist namentlich leider beim Pemphigus der Fall, der meiner Ansicht nach überhaupt eine dyscrasische Erkrankung ist und bei welcher eine Localtherapie allerdings wenig Aussicht auf Erfolg hat, für eine innere Therapie uns aber auch jeder Anhalt fehlt. Ob das Antipyrin hierbei Wirksamkeit entfalten kann, lässt sich ja ohne Weiteres nicht sagen, hierfür kann nur die Praxis sprechen.

Auf einen anderen Punkt möchte ich eingehen. Herr Blaschko hat eine Reform der Nomenclatur vorgeschlagen, wie ich sie stets bekämpft, weil sie das gegenseitige Verständniss ausserordentlich erschweren. Herr Blaschko will wieder den Strophulus von Willan in die Dermatologie einführen, was Willan aber als Strophulus bezeichnete, sind ganz verschiedene, gar nicht zusammengehörige Krankheitsformen, und das ist gerade eines der grossen Verdienste Hebra's, in dieser Beziehung eine ausgiebige Sichtung vorgenommen zu haben. Ich glaube, dass man dieses Verdienst Hebra's nicht wieder rückgängig machen darf, und alte Benennungen wieder hervorholen soll, namentlich nicht solche, mit welchen ein typisches, wohl charakterisirtes Krankheitsbild nicht bezeichnet worden ist.

Herr Saalfeld: Meine Herren! Ich möchte eine kurze praktische Bemerkung in Bezug auf das Antipyrin machen. Eine Dame aus der Praxis des Herrn Professor Köbner kam in einem Zustande zu uns, dass man nicht mehr eine bestimmte Diagnose stellen konnte. Sie war von anderer Seite mit Naphthol und anderen scharfen Arzeneimitteln behandelt worden. Sie zeigte an der Nase und den angrenzenden Partien der Wangen eine ziemlich starke Röthung, Schwellung und theilweise Schuppung der Haut neben vereinzelten Acne rosaceaartigen Knötchen. Die Patientin reagirte auf die indifferentesten Mittel ausserordentlich unangenehm. Während der Behandlung trat noch eine wesentliche Störung hinzu. Abends, kurz nach dem Zubettegehen begann unter Jucken und Spannungsgefühl die Nase und deren Umgebung so zu schwellen, dass Patientin die Augenlider kaum öffnen konnte und am Schlafe gehindert wurde. Mit Rücksicht auf das periodische Auftreten dieser Erscheinungen entschloss ich mich Antipyrin zu verordnen und hatte den Erfolg, dass nach 1,0 vor dem Zubettegehen genommen, die Beschwerden sich bedeu-

tend minderten, um nach einigen Tagen nach nur 0,5 völlig zu verschwinden.

Ferner möchte ich an Herrn Blasckko die Frage richten, ob es nach Antipyrin bei Hautkranken Verschlimmerungen eintreten sah, z. B. Exantheme; ausserdem, ob der Herr Vortragende das Mittel subcutan, und schliesslich in Salben- oder Pulverform angewandt hat.

Herr Köbner: Meine Herren! Hierorts ist die dermatotherapeutische Anwendung des Antipyrins sowohl innerlich als subcutan schon seit mehreren Jahren von einzelnen Collegen und von mir selbst geübt worden. Es ist jetzt 3—4 Jahre her, dass mir Geheimrath Jacobson von einer alten Frau erzählte, welche sehr arg an einem Pruritus senilis litt ohne irgend welche organische Veränderungen der Haut, wobei er eine ausserordentlich gute Wirkung von der subcutanen Anwendung des Antipyrins gesehen hatte. In einem anderen Falle habe ich bei wiederholten Versuchen fast keine beruhigende Wirkung gesehen. In einem dritten Falle von seit mehreren Jahren aufgetretener intensiver Urticaria eines Mannes von 44 Jahren, bei welchem ich Magencatarrh mit Anschwellung der Leber constatirt und durch Stomachica und entsprechende Brunnenkuren während eines Jahres Erleichterung verschafft hatte, blieben dieselben zuletzt ohne Erfolg, so dass der Patient unter Anderm bei jedem Schritte Quaddeln an den Füssen bekam. Das Antipyrin wirkte im Anfange Wunder, nach 4 Wochen nützte es gar nichts mehr. Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass die Behauptung des Herrn Behrend eine wohlbegründete ist in Bezug auf das Eczem. Die Frage des Herrn Saalfeld in Bezug auf Erzeugung von Antipyrinexanthem möchte ich dahin beantworten, dass diejenigen Personen, welche leicht Antipyrinexanthem bekommen, durchaus nicht hautkrank zu sein brauchen.

Auch seine andere Frage nach der äusserlichen Anwendung ist bereits durch einen mir nicht erinnerlichen Autor, welcher dieses Mittel bei Ulcus varicos. cruris nützlich fand, vor etwa 3 Jahren in der Berliner klinischen Wochenschrift beantwortet

Herr Blaschko: Antipyrinexantheme habe ich gerade bei Hautkranken nie gesehen. Antipyrin mit Wasser subcutan injicirt wirkt ganz ebenso, als wenn man es per os giebt, doch ist die letztere Darreichungsweise viel angenehmer. Aeusserlich habe ich Antipyrin nicht angeordnet. Auf eine Auseinandersetzung über den Strophulus möchte ich heute nicht mehr näher eingehen, ich möchte mich nur dagegen verwahren, hier eine neue Nomenclatur einführen zu wollen an Stelle einer guten und ausserordentlich sicheren. Vielmehr besteht gerade in diesem Punkt augenblicklich ein derartiger Wirrwarr in der Nomenclatur, dass ein Dermatologe den andern nicht versteht; und eben das war der Grund, der mich zu der alten Nomenclatur zurückgreifen liess, die zwar auch nicht eindeutig, aber doch wesentlich einfacher als die heutige war.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin

Verhandlungen

der

Dermatologischen Vereinigung

zu Berlin.

Herausgegeben

von dem

Vorstande des Vereins.

Jahrgang

1891—1892.

Sonderabdruck aus der „Berliner Klinischen Wochenschrift“ 1892/93.

Berlin.

Gedruckt bei L. Schumacher.

Vorstand des Vereins

für das Vereinsjahr 1891/92.

Vorsitzende: Herr G. Lewin, Geh. Med.-Rath und Professor.
„ O. Lassar, Privat-Docent.
Schriftführer: Herr O. Rosenthal.
„ E. Saalfeld.

Aufnahme-Commission.

Ausser den Mitgliedern des Vorstandes:
Herr H. Heymann.
„ Hoffmann.
„ Isaac.

Mitglieder-Verzeichniss.

1. Dr. Abraham, Geh. Sanitätsrath, Bendlerstr. 31.
2. „ Barschall, Sanitätsrath, Kanonierstr. 40.
3. „ F. Beely, Steglitzerstrasse 10.
4. „ Behrend, Privat-Docent, Mittelstrasse 22.
5. „ Bessel, Sanitätsrath, Kanonierstrasse 2.
6. „ A. Blaschko, Gr. Friedrichstrasse 104a.
7. „ Boer, Sanitätsrath, Alsenstrasse 8.
8. „ Brecht, Stabsarzt, Kgl. Charité.
9. „ Brieger, Professor, Alexander-Ufer 2.
10. „ Bruck, Gr. Friedrichstrasse 171.
11. „ Casper, Leopold, Friedrichstrasse 201.
12. „ Eulenburg, Professor, Lützowstrasse 60a.
13. „ M. Friedländer, Markgrafenstrasse 3.
14. „ Gerhardt, Geh. Med.-Rath, Professor, Kronprinzen-Ufer 13.
15. „ Gericke, Wilhelmstrasse 88.
16. „ Goldzieher, Karlstrasse 19.
17. „ Gluck, Professor, Potsdamerstr. 139.
18. „ Gusserow, Geh. Med.-Rath, Professor, Roonstr. 1.
19. „ P. Gutmann, Sanitätsrath, Potsdamerstrasse 138.
20. „ Heller, Charlottenburg, Berlinerstrasse 130.
21. „ Henoch, Geh. Med.-Rath Professor, Bellevuestrasse 8.
22. „ Heymann, Heinrich, Leipzigerstrasse 133.
23. „ Hirschberg, Professor, Karlstrasse 36.
24. „ Hoffmann, L., Sanitätsrath, Kronenstrasse 75.
25. „ Jaschkowitz, Geh. Sanitätsrath, Ritterstrasse 43.
26. „ Jastrowitz, Sanitätsrath, Luisenstrasse 29.
27. „ Immerwahr, Dörnbergstrasse 7.
28. „ Jolly, Professor, Alexander-Ufer 7.
29. „ Joseph, Potsdamerstrasse 134a.
30. „ Isaac, Friedrichstrasse 171.
31. „ O. Israel, Privat-Docent, Spenerstrasse 3.
32. „ A. Kalischer, Schmidtstrasse 5.
33. „ Kirschner, Oranienstrasse 25.
34. „ Köbner, Heinrich, Professor, Magdeburgerstrasse 3.
35. „ Köbner, Seydelstrasse 29.
36. „ Langenbuch, Professor, Schiffbauerdamm 18.
37. „ Lassar, Privat-Docent, Karlstrasse 18a.
38. „ Ledermann, Königstrasse 34/36.
39. „ Lewin, Geh. Med.-Rath, Professor, Roonstrasse 3.
40. „ Lewinski, Privat-Docent, Charlottenstrasse 56.

41. Dr. Leyden, Geh. Med.-Rath, Professor, Thiergartenstrasse 14.
42. „ Liebreich, Geh. Med.-Rath, Professor, Dorotheenstrasse 34.
43. „ Lilienthal, Oranienstrasse 10.
44. „ Mankiewicz, Königgrätzerstrasse 123b.
45. „ Margoniner, Weinbergsweg 7.
46. „ Martin, Privat-Docent, Alexander-Ufer 1.
47. „ Mendelsohn, Potsdamerstrasse 73.
48. „ Meyer, G., Zimmerstrasse 5 - 6.
49. „ Müller, Heinrich, Potsdamerstrasse 115.
50. „ Oestreicher, Oranienburgerstrasse 74.
51. „ Oliven, Pankow.
52. „ E. Ostermann, Neue Rossstrasse 14.
53. „ Peter, Karlstrasse 19.
54. „ Palm, Gr. Friedrichstrasse 171.
55. „ Pohl-Pincus Kurfürstenstrasse 131.
56. „ Posner, Anhaltstrasse 14.
57. „ Renvers, Professor, Nettelbeckstrasse 24.
58. „ Richter, Weissenburgerstrasse 31.
59. „ Rosenthal, Oscar, Potsdamerstrasse 23.
60. „ C. Ruge, Sanitätsrath, Jägerstrasse 61.
61. „ Saalfeld, E., Oranienburgerstrasse 24.
62. „ Paul Samter, Schönhauser Allee 45.
63. „ Schwann, Köln, Hohenzollernstrasse 63.
64. „ Schweigger, Geh. Med.-Rath, Professor, Roonstrasse 6.
65. „ Selberg, Sanitätsrath, Invalidenstrasse 111.
66. „ Sternberg, Oranienburgerstrasse 58.
67. „ Stranz, Neue Königstrasse 19c.
68. „ Sonnenburg, Professor, Hitzigstrasse 3.
69. „ J. Veit, Privat-Docent, Matthäikirchstrasse 12.
70. „ G. Wiener, Königgrätzerstrasse 82.
71. „ M. Wolff, Professor, Potsdamerstrasse 134a.
72. „ Zülzer, Professor, Kronprinzen-Ufer 8.

Inhalts-Verzeichniss.

			Seite
8. Nov. 1891.	Herr	O. Rosenthal: Herpesiris (mit Krankenvorstellung	1
		Discussion	2
	„	Casper: Electroscop (mit Demonstration) .	2
		Discussion	3
	„	Ledermann: Ueber die Osmirung der normalen Haut	4
		Discussion	4
1. Dec. 1891.	„	O. Rosenthal: Balanopostheitis diabetica (mit Krankenvorstellung)	5
		Discussion	5
	„	G. Lewin: Menière'sche Krankheit (mit Krankenvorstellung)	5
		Discussion	5
	„	G. Lewin: Hirnsyphilis (mit Krankenvorstellung)	6
		Discussion	7
	„	Heller: Ueber Osmirung der normalen Haut (mit Demonstration)	7
	„	G. Lewin: Primäraffect am Finger . . .	8
	„	G. Lewin: Erythema exsudativum multiforme	8
	„	Köbner II: Ueber einen Fall von Purpura haemorrhagica	8
5. Jan. 1892.	„	Lassar: Elephantiasis (mit Krankenvorstellung)	9
		O. Rosenthal: Leucoderma universale (mit Krankenvorstellung)	9
		Discussion	9
	„	Lassar: Ueber die Cauterisation der Primäraffecte	10
		Discussion	10
	„	O. Rosenthal: Ueber einige neuere dermatotherapeutische Mittel	11
	„	Saalfeld: Therapeutische Mittheilungen . .	11
2. Febr. 1892.	„	Lassar: Karten mit Vorschriften für Mercurialcuren	11
	„	Goldzieher: Ichthyosis (mit Krankenvorstellung)	12
		Discussion	12

			Seite
2. Febr. 1892.	Herr	G. Lewin: Orchitis gummosa (mit Krankenvorstellung)	13
		Discussion	13
	„	G. Lewin: Lähmung des linken Nervus peroneus (mit Krankenvorstellung)	13
		Discussion	14
	„	Lassar: Ueber Pityriasis rosea	14
		Discussion	14
	„	Heller: Veränderung der Haut durch Circumcision (Demonstration)	16
2. März 1892.	„	Ledermann: Gummi tonsillaris (mit Krankenvorstellung)	16
	„	Ledermann: Angioneurose (mit Krankenvorstellung)	17
	„	G. Lewin: Leucoderma non syphiliticum (mit Krankenvorstellung)	17
	„	G. Lewin: Meningitis gummosa (mit Krankenvorstellung)	17
	„	Peter: Tuberculose der Haut (mit Krankenvorstellung)	18
		Discussion	18
	„	G. Lewin: Ueber circumcisio	18
	„	Heller: Veränderungen der circumcidirten Penishaut	19
		Discussion	19
	„	Isaac: Syphilis oder Tuberculose?	21
		Discussion	22
8. Mai 1892.	„	O. Israel: Geschwülste der Haut (mit Demonstration)	23
		Discussion	23
	„	Freyhan: Ueber generelle Hautpustulose mit tödtlichem Ausgang	23
		Discussion	25
	„	G. Lewin: Erythema mercuriale (mit Krankenvorstellung)	26
	„	G. Lewin: Variola syphilitica (mit Krankenvorstellung)	26
	„	G. Lewin: Atrophie des Auges (mit Krankenvorstellung)	26
		Discussion	27
	„	Peter: Dermatitis herpetiformis (mit Krankenvorstellung)	27
		Discussion	27
14. Juni 1892.	„	Ledermann: Impetigo contagiosa (mit Krankenvorstellung)	28
		Discussion	28
	„	Ledermann: Epidydimitis (mit Krankenvorstellung)	29
		Discussion	29
	„	Richter: Lichen planus (mit Krankenvorstellung)	30
	„	G. Lewin: Lychen syphiliticus (mit Krankenvorstellung)	30
		Discussion	30

			Seite
14. Juni 1892.	Herr	G. Lewin: Icterus melas (mit Krankenvorstellung)	31
		Discussion	31
	„	Heller: Mikrophotographische Lampe (Demonstration)	31
	„	Saalfeld: Ulceration des Gaumens (mit Krankenvorstellung)	32
		Discussion	32
5. Juli 1892.	„	Joseph: Chloasma (mit Krankenvorstellung)	33
	„	Joseph: Angiokeratom (mit Krankenvorstellung)	33
		Discussion	33
	„	Joseph: Psoriasis vulgaris (mit Krankenvorstellung)	34
	„	Joseph: Nagelerkrankung (mit Krankenvorstellung)	34
		Discussion	34
	„	Peter: Reinfectio (mit Krankenvorstellung)	35
		Discussion	35
	„	A. Lewin: Angeborene Penisfistel (mit Krankenvorstellung)	35
	„	C. Benda: Ueber Morphologie und Function der Hautdrüsen	36
		Discussion	36

Sitzung vom 3 November 1891.

Vorsitzender: Herr Köbner.
Schriftführer: Herr Saalfeld.

Hr. **Rosenthal: Krankenvorstellung.** Der Pat., den ich mir Ihnen vorzustellen erlaube, ist ein Arbeiter von 42 Jahren, der im Jahre 1874 einen Gelenkrheumatismus, angeblich mit häufigen Rückfällen durchgemacht hat. Im Februar d. J. trat ein neues, heftiges Recidiv auf, das zu einer deutlichen Steifigkeit des Nackens führte. Nach hinten und rechts sind die Bewegungen des Kopfes beschränkt, auch in den Ellenbogen besteht ein ganz geringer Grad von Ankylose. Das Leiden, das Pat. zu mir führte, ist seit 9 Wochen vorhanden; ich habe den Pat. zum ersten Mal am 2. October gesehen. Auf der Haut zeigten sich damals eine Anzahl polymorpher Eruptionen. Kleine röthliche, linsengrosse Papeln, auf denen man theilweise einzelne helle Bläschen sah, zum grössten Theil aber am Stamm und den oberen Extremitäten serpiginöse, leicht erhabene Linien, deren innerer Rand eine bläuliche, deren äusserer eine hellrothe Farbe zeigte. Dieselben waren zum Theil mit Bläschen bedeckt, die entweder reihenförmig nebeneinander oder ganz solitär angeordnet waren. Im Verlauf der Beobachtung hat sich das Bild insofern geändert, als der grössere Theil der Bläschen unter der Schorfbildung eingetrocknet ist, dagegen sind zahlreiche neue geschlängelte Linien hervorgetreten. Aber auch von den Bläschen zeigten sich immer einzelne Nachschübe, so dass bei der jedesmaligen Untersuchung frisch entwickelte entdeckt werden konnten. Heute Mittag, wo ich den Pat. zuletzt sah, waren an beiden Oberarmen vereinzelte solitäre Bläschen, die Sie noch hoffentlich vorfinden werden, sichtbar. — Neben diesen Erscheinungen auf der äusseren Haut bestand auch eine Affection der Mund- und Nasenschleimhaut: im Munde neben mehrfachen Erosionen, die die Ränder der Zungen- und die Wangenschleimhaut einnahmen, linsengrosse Trübungen des Epithels. Es spielte sich hier derselbe Process, wie auf der äusseren Haut ab. Auch in der Nase waren die gleichen Veränderungen aber nicht so deutlich zu sehen. Ferner zeigten sich kleine Schorfe und wie auf der Mundschleimhaut ganz vereinzelte graue Trübungen. Auch hier haben sich bis zum heutigen Tage Nachschübe eingestellt. Subjectiv klagte der Pat. über Jucken am Körper, besonders an den Hand- und Fussohlen, das Abends und in der Nacht oft so stark wurde, dass der Schlaf dadurch gestört wurde. — Was nun die Diagnose des Falles anbetrifft, so möchte ich denselben nach den Ansichten der Hebra'schen Schule in die Krankheitsgruppe

des Erythema exsudativ. multiforme einreihen und zwar als diejenige Affection, welche man als Eryth. gyrat. vesicul. oder Herpes Iris bezeichnet hat, wenngleich in diesem Falle die eigentliche Kreis- und Irisform in serpiginösen, mit Bläschen bedeckten Linien nur angedeutet und nicht direct deutlich ausgesprochen war. Interessant ist in diesem Falle das gleichzeitige Ergriffensein der Mund- und Nasenschleimhaut und eine Affection der Gelenke, die allerdings jahrelang vorausgegangen ist. Beide Erscheinungen stimmen zu dem Bilde des Erythema exsud. multiforme, wo neben den Affectionen der Mundschleimhaut auch mehrfach Gelenkaffectionen beschrieben worden sind. Es dürften vielleicht auch ätiologisch beide Affectionen als zusammengehörig zu betrachten sein. Andererseits ist zu bemerken, dass nach Anschauungen Anderer, und zwar besonders der Pariser Schule, dieser Fall zur Gruppe der Dermatitis herpetif. Dühring gerechnet werden dürfte. Die Kriterien, die ich in Anbetracht der vielen interessanten Demonstrationen, die uns noch heute bevorstehen, nur kurz ausführen will, sind: der polymorphe Character des Exanthems, das heftige Jucken und der chronische Verlauf. Pat. ist seit 9 Wochen unter Beobachtung und der Fall ist noch keineswegs abgelaufen.

Discussion.

Hr. Lewin bezweifelt, ob der Fall zu dem Eryth. exsudat. multif. gerechnet werden kann. Wie Sie wissen, habe ich 50 Fälle bis 1884 beschrieben und später noch eine grosse Anzahl beobachtet. Es treten ja die verschiedensten Formen des Erythems auf der Haut auf. Ich habe das Eryth. exsud. mult. immer meist nur fieberhaft eintreten gesehen. Einzelne verlaufen chronisch und es giebt auch solche, welche jahrelang recidiviren. 2. Im Pharynx und Larynx kommt Eryth. exsud. multif. ebenfalls vor. Ich habe mehrere Fälle, namentlich in der letzten Zeit, behandelt, während ich früher kaum einen solchen Fall hatte. In der Literatur existiren mehr Fälle und auch so schwere mit intensiver Larynxaffection. Der Gelenkrheumatismus, oder besser die Folgearthritis, setzt nur mit Fiebererscheinungen ein und habe ich ihn als Complication des Eryth. exsud. beinahe immer gefunden. Im Prodromalstadium dauert das Fieber im Durchschnitt 3—10 Tage, im Eruptionsstadium kann es sich lange hinziehen und intermittirend verlaufen.

Hr. Köbner bemerkt in Bezug auf die lange Dauer und die so wiederholten Nachschübe, die ja für ein Erythema exsud. im weiteren Sinne atypisch sind, dass das kein Grund ist, den Fall ausserhalb der Gruppe desselben resp. des Herpes Iris zu setzen. Herpes Iris sei gleichwerthig mit dem Erythema exsud. polymorph., eine Auffassung, der nicht alle späteren Autoren beigetreten sind. Auch dieser Fall gehört hierher. Einen analogen Fall, welchen ich sehr deutlich als Herpes Iris an der Haut der Extremitäten, der Genitalien und der Mundschleimhaut erkennen konnte, habe ich vor mehreren Jahren in der hiesigen medicinischen Gesellschaft demonstrirt.

Hr. Rosenthal: Ich selbst habe den Fall als atypisch angesehen, denn ich habe hervorgehoben, dass die Irisformen nicht deutlich vorhanden waren und der Verlauf sich viel länger als gewöhnlich hinzog.

Hr. Casper: Erlauben Sie mir Ihnen, m. H., in aller Kürze ein Electroscop zu demonstriren, an dessen Construction ich nur einen kleinen Antheil habe, das zum grössten Theile das Verdienst des Mechanikers Herrn Hirschmann ist. Dasselbe besteht aus einem Griffe, in welchem sich eine kleine Edisonlampe befindet; auf diese wird ein Trichter aufgesetzt, in dem sich eine Sammelliste befindet und über dieser ein

Prisma, das das Licht nach vorn wirft. Das Electroscop ist geeignet für die Untersuchung fast aller Körperhöhlen: der Nase, Rachen, Kehlkopf, Ohr, Rectum, Vagina und Urethra, und zwar so, dass eine ziemlich grosse Fläche beleuchtet wird. Besonders aber habe ich das Instrument für die Urethra eingerichtet. Ich hatte nicht die Absicht, auf den Vergleich mit anderen Electroscopen einzugehen. Ueber die Güte und Trefflichkeit eines Apparates braucht man nichts zu sagen, das muss man selbst prüfen. Ich betone nur, dass das Licht einfach ideal ist. Das Instrument ist handlich und leicht anwendbar. Für die Urethra sind besondere Tuben eingeführt worden. Die Lichtquelle liegt aussen. Bei Nitze hingegen liegt die Lichtquelle neben der Stelle, die beleuchtet wird, und das ist ein Nachtheil, denn sie wird bald heiss, trotz des Wassers, das angewendet wird. Dann kann man hier therapeutisch leicht an der betreffenden erkrankt gefundenen Stelle agiren. Auf das, was in der Urethra zu sehen ist, will ich nicht eingehen. Bezüglich des Nutzens, den die Endoscopie überhaupt stiften kann, so ist der Erfolg in der grossen Mehrzahl der Fälle ein mässiger, aber man sieht das gut, was zu sehen ist: schwierige Streifen, Papillome, Ulcera, Narben etc. Was die Batterie anbetrifft, so habe ich 8 Elemente von Zink-Kohle-Chromsäure; man kommt auch mit 6 Elementen aus, aber dann müssen die einzelnen Elemente grösser sein. Ausserdem hat hier Herr Hirschmann einen Rheostaten angebracht, durch dessen Einschaltung man sich vor dem Durchbrennen der Schlinge schützen kann, dann bekommt man auch ein besseres Licht. Die Batterie hält bei 1stündigem täglichen Gebrauch ein halbes Jahr, event. mit Nachguss von etwas Wasser. Zum Bestreichen bediene man sich des Glycerins, nicht des Oels, denn durch dieses wird das Gesichtsfeld verändert. Zum Abtupfen der Stelle nehme ich einen gewöhnlichen Holzstab, mit Watte umwickelt, der dann jedesmal fortgeworfen wird.

Leiter hat ein Instrument construirt, das dem ähnlich ist. Es besteht aus einer Edisonlampe, dahinter befindet sich ein Spiegel, durch den das Licht nach vorn reflectirt wird. Das Licht ist aber nicht so intensiv, ausserdem aber verliert dasselbe die richtige Stellung. Um die ganze Urethra abzusuchen, muss man das Electroscop nach hinten führen und dann nach vorn gehen. Die Urethroscopie der Pars post. perhorrescire ich, denn man muss über eine Biegung hinüber, die einen ungeheuren Bogen macht, mit einem geraden Instrument; das heisst fast mit Sicherheit die Urethra verletzen. Ohne dieses kommt man selten über den Bulbus und wenn es blutet, sieht man erst recht nichts. Die Urethroscopie bezieht sich daher lediglich auf die Pars ant.

Discussion.

Hr. Lewin: Auch ich möchte betonen, dass es sehr schwer ist, in vielen Fällen unmöglich, die hinterste Partie der Urethra zu sehen. Grünfeld soll aber öfters die Partie zeigen.

Hr. Casper: Zweifellos ist manchmal die Urethra post. sichtbar zu machen ohne blutige Zerreissung und man kann immer einwenden, derjenige, dem eine Verletzung passirt, sei ungeschickt. Grünfeld nimmt ein gerades Instrument, führt es ein, senkt es langsam, damit die Spitze über den Bulbus dringt, aber ich habe auch eine Reihe von Fällen gesehen, die selbst Grünfeld nicht gelangen. Der Musc. compressor reagirt eben gegen ein hartes, gerades Instrument. Ich halte den Schaden, den man damit anstiften kann, für grösser, als den Vortheil, der erreicht wird dadurch, dass man sich die Pars posterior sichtbar macht.

Hr. **Lewin**: Der Pat., den ich Ihnen vorstelle, hat Ende August den letzten Beischlaf ausgeführt. Er bekam dann Anfang October, wie er sich ausdrückt, einen Pilz am Penis, den ihm ein Barbier entfernt hat. Bald darauf zeigten sich am ganzen Körper Geschwürsbildungen mit dem Character der Rupia, und seit kurzer Zeit hat er eine Anzahl Hauthörner in der Palma manus und planta pedum Leider sind einige davon abgefallen und nur noch ein einziges auf der rechten Handfläche ist noch vorhanden. Die näheren Details über die Hauthörner sind schon in meinen Vorträgen in der Berliner medicinischen Vereinigung und im Verein für innere Medicin veröffentlicht. Eine grössere Arbeit über dies Thema behalte ich mir vor.

Hr. **R. Ledermann**: **Ueber die Osmierung der normalen Haut** (vgl. Berliner klin. Wochenschr. 1892, No. 28).

Discussion.

Hr. Lewin: Prof. Nencki hat eine grössere Menge von Pigment verarbeitet. Auch ich habe mit einem Chemiker vor mehreren Jahren zum Zweck einer Arbeit über Morbus Addisonii eine grosse Quantität Pigment im Laboratorium von Prof. Salkowski hier untersucht, das von schwarzen Haaren, von der Chorioidea der Ochsen und von Melanosarcom von Pferdeschimmeln gewonnen war, und bei dem ich die chemischen Differenzen festgestellt habe. Bei passender Gelegenheit denke ich sie zu publiciren. Ich habe noch 4 kleine Reagenzgläschen voll dieser Pigmentarten und stelle etwas von ihnen den Collegen zur Disposition. Nun aber würde Ihr Nachweis von Fett in der Basalschicht die Lehre von der Pigmentbildung modificiren, also auch über die dunkle Krankheit der Bronzefärbung der Haut ein neues Licht werfen. In Bezug auf die Ansicht Unna's, von Lymphspalten in der Haut, bedarf diese noch der Bestätigung. Ich selbst habe mit DDr. Meyerson, Bör und Franke vielfach Untersuchungen angestellt und bin zu anderen Ansichten gelangt. Nebenbei möchte ich Wasserstoffhyperoxyd zur Entfärbung des Pigments nochmals empfehlen.

Hr. Heller: Ich bin in der Lage, die Resultate des Collegen Ledermann bestätigen zu können. Auch im fötalen Ohrknorpel des Rindes habe ich die schwarzen Körnchen bei der Behandlung mit Ueberosmiumsäure gefunden. Dieselben haben sich während eines Zeitraums von 4 Jahren in den Präparaten unverändert erhalten. Gegen die Pigmentnatur der Körnchen spricht ihre Resistenz gegen Wasserstoffsuperoxyd, das ich bei meinen Untersuchungen über die Unna'sche Dahliafärbung der elastischen Fasern im Ohrknorpel zur Anwendung brachte. Eine positive Hypothese über die Natur der Körnchen möchte ich zur Zeit nicht aufzustellen wagen.

Hr. Rosenthal; Ich habe Gelegenheit gehabt, die Präparate des Herrn Ledermann ziemlich ausführlich privatim zu sehen. Die Hautstücke sind theils von Kindern, theils von alten Personen entnommen worden. Bezeichnend ist, dass die schwarzen Punkte sich in allen Schnitten vorfinden. Nach meinem persönlichen Eindruck handelt es sich hierbei nicht um Pigment. Aus der verschiedenen Grösse der Tröpfchen möchte ich vielmehr schliessen, dass es sich um einen fettähnlichen Körper handelt.

Sitzung vom 1 December 1891.

Vorsitzender: Herr Lewin.
Schriftführer: Herr O. Rosenthal.

Hr. **Rosenthal**: Der 70jährige Patient bekam im Monat August d. J. eine Affection des Penis. Als ich ihn vor 14 Tagen zum ersten Male sah, war die Glans, die Urethralöffnung und der vordere Theil der Urethra härtlich infiltrirt. Die innere Lamelle des Präputium war ebenfalls ödematös geschwollen, so dass es schwer war, dasselbe zurückzuziehen. Zugleich bestand eine mässige Secretion seröser Natur aus dem Präputialsacke.

Die Diagnose wurde auf Balanopostheitis gestellt, indess war der Verlauf sowie das ganze Bild ein eigenthümlicher und ungewöhnlicher. Bei der Untersuchung des Urins zeigten sich 7 pCt. Zucker. Wir haben also in diesem Falle eine **Balanopostheitis ex diabete mellitus.** Sie wissen, dass im Jahre 1881 auf dem internationalen Congress zu London Oscar Simon zuerst diese Affection als Balano-Posthomycosis beschrieb und als Ursache einen besonderen Pilz annahm, dessen Wesen bereits damals angezweifelt wurde. Das Bild steht heute ziemlich fest; wir wissen, dass die Reizung durch den diabetischen Harn stattfindet. Die Affection gilt als chronisch und hartnäckig und findet ihre Erklärung in der Widerstandsfähigkeit der Ursache. In diesem Fall ist unter Dermatol die Secretion geschwunden und das chronische Oedem fast vollständig zurückgegangen. Jetzt wird eine indifferente Salbe: Borvaseline angewendet.

Discussion.

Hr. Lewin: Ich habe bei einer grösseren Anzahl von Kranken mit Excoriationen an der inneren Platte des Präputium Diabetes nachweisen können. Bei dem eben vorgestellten Kranken war aber nur eine Art Trockenheit um die Eichel zu constatiren, und so schickte ich den Kranken, der mich zuerst consultirte, ohne nähere Untersuchung zu Herrn Rosenthal, dessen feine Untersuchung volle Anerkennung verdient.

Hr. Hoffmann: Ich habe eine grössere Anzahl von Diabetesfällen bei Frauen gesehen, bei denen intensiver Pruritus bestand. Derselbe ist durch Medicamente nicht zu beseitigen; er verschwindet erst unter rationeller Behandlung des Diabetes.

Hr. **Lewin**: Der erste Kranke, den ich mir erlaube, vorzustellen, leidet an einem Symptomencomplex, der zum grössten Theil unter dem Krankheitsbilde der sogen. **Menière'schen Krankheit** zusammengefasst wird. Der Fall ist folgender:

Th. K., 19 Jahr alt, ist Kaufmann.

Hereditäre Anlage ist nicht vorhanden.

Anamnese: Stets gesund, inficirte er sich im December 1890 und machte eine 24tägige Schmierkur durch. Im Mai 1891 traten Halsaffectionen auf, die nach Gebrauch von Jodkalium schwanden. Ende Juli starker Husten mit Nachtschweissen. Bald darauf Hämoptoe. Tuberculin ohne nachweisbaren Erfolg; October Periostitis an der rechten Tibia. Später Kopfschmerzen über den ganzen Kopf, Schwindelgefühl; es wurde dem Pat. oft schwarz vor den Augen, so dass er verschiedentlich hinstürzte, ohne jedoch das Bewusstsein zu verlieren. Zur selben Zeit entstand im rechten Ohre das Geräusch siedenden Wassers, sowie ein unbestimmtes Puffen (K. war früher nie ohrenkrank gewesen). Häufiges Erbrechen soll ebenfalls eingetreten sein. Wegen Zunahme der Symptome und gleichzeitiger Abnahme seines Gedächtnisses liess der Kranke sich bei mir in der Charité aufnehmen.

Status praes. Objectiver Befund: Sclerosis parva ad sulcum coron. dextr. Adenitis univers. Exostos. ad tibias dext. et sinist. Gang taumelnd, breitbeinig; bei geschlossenen Augen starkes Schwanken. Kniephänomen mässig lebhaft. Nirgends Lähmungserscheinungen oder Sensibilitätsanomalien. — In der rechten Supraclaviculargrube gedämpfte Schall- und Rasselgeräusche.

Rechtes Ohr: Flüsterstimme in $^1/_2$ m Entfernung mühsam vernommen. Gehörgang weit, Lichtreflex verwaschen. Trommelfell perlgrau, leicht getrübt. Manubrium im oberen Theil deutlich sichtbar, die untere Gegend leicht verwaschen. Bei zugehaltenem Ohre die gegen die Stirn resp. zwischen die Zähne gelegte Uhr nicht vernommen.

Auge. Links S — $^4/_5$ mit — 40
$^4/_4$ mit — 80
M $^1/_2$ D.

Atrophische Sichel von $^1/_4$ Macula etwas breiter als auf rechtem Auge mit leichtem Centralgrubenreflex. Glaskörper und Pupillargebiet frei.

Rechts S — $^4/_4$.

Pupille scharf begrenzt; schmaler atrophischer Bügel, um denselben Ansammlung von Pigment. Dasselbe oben innen. Macula mit leichtem Centralgrubenreflex. Arterien $^2/_3$ so dick wie die Venen. Schwacher Venenpuls. Temporal abwärts von der Pupille eine dem Umfang der physiologischen Excavation circa gleiche, etwas unregelmässige helle Stelle.

Subjective Symptome: Klagen über Kopfschmerzen, starkes Ohrensausen und „Puffen". Allgemeine Mattigkeit und Verstimmung.

Noch zu bemerken ist, dass der Kranke einen schleifenden Gang hat und namentlich den rechten Fussballen kaum vom Fussboden hebt.

Es frägt sich nun, ob bei diesem Patienten eine Menière'sche Krankheit vorliegt, d. h. eine solche, welche die halbcirkelförmigen Canäle betrifft. Hieran knüpft sich die weitere Frage, ob es überhaupt eine Menière'sche Krankheit im Sinne dieses Autors giebt. Dieser hat seine im Jahre 1861 veröffentlichte Behauptung auf die Section eines einzigen Falles gestützt, dessen Erklärung sich auf die bekannten, von Flourens an den Bogengängen der Thiere gemachten Experimenten gründet. Czermak und Goltz haben zum Theil die Flourens'schen Experimente bestätigt. Von Bedeutung sind aber die Widersprüche, welche diese Auffassung von verschiedenen Autoritäten erfuhren. Böttcher suchte die Coordinationsstörungen auf gleichzeitige Hirnläsionen zurückzuführen. Auch Bergmann trat dieser Ansicht bei. Auch die sorgfältigen Versuche B. Baginsky's imputiren wohl mit Recht den Schwindelerscheinungen der Taube der verletzten Medulla oblongata und den Corp. quadrigemina. — Weitere Widersprüche gegen die Goltz'sche Lehre erhob Gruber auf Grund pathologischer Befunde bei Menschen. Auf jeden Fall spricht unser Fall durch eine Anzahl der geschilderten Symptome dafür, dass eine eng begrenzte Form der Menière'schen Krankheit nicht angenommen werden kann, sondern dass noch andere Theile als die halbcirkelförmigen Canäle erkrankt sind.

Bemerkenswerth scheint mir vor allem, dass Syphilis als ätiologisches Moment hier sicher nachgewiesen ist. Eine schon mehrere Wochen durchgeführte antisyphilitische Cur hat auch schon die Intensität der Krankheit gebrochen.

Hr. Lassar frägt, ob es nicht auffällig ist, dass diese peripheren Erscheinungen sich so früh eingestellt haben?

Hr. Lewin: Jawohl, es liegt ein Fall von galoppirender Syphilis vor.

Der zweite Fall, welcher auch gleichzeitig an galoppirender Syphilis leidet, ist folgender:

A. D., 23 Jahre alt, Dreher.

Heredität: Vater starb an Delir. tremens, sonst gesunde Familie.

Anamnese: Im 5. und 6. Jahre Krämpfe mit Zuckungen der oberen Extremitäten und Verlust des Bewusstseins.

Syphilitische Infection am 17. Februar 1891.

Recip. am 18. Mai 1891.

Stat. Phimosis. Nach Operation sichtbare Sclerose ad sulc. coronar. Kopfschmerzen über den ganzen Kopf. Plötzlich Schwindelgefühl, zu Boden stürzen, ohne Verlust des Bewusstseins. Doppeltsehen vorübergehend. Etwas Gedächtnissschwäche. Unsicherer Gang gleich einem Trunkenen. Bei Augenschluss lebhaftes Schwanken. Sprachstörung: einzelne Worte lang gezogen, Lippenlaute undeutlich. Bei schnellem Sprechen tritt eine Art „Blubbern" auf. Die Zunge zeigt dabei eine Art choreatischer Bewegungsstörung. — Die Bewegung der Bulbi gleich ausgiebig, nur beim Sehen nach unten blieb die linke Cornea um 2 cm gegen die rechte zurück. Zeitweilig Doppeltsehen, so dass beim Sehen nach links aussen die Gegenstände doppelt erblickt werden, und zwar das eine Bild kurz ausserhalb und zur Hälfte tiefer als das andere; in der Mittellinie sollen die Bilder übereinander stehen.

Reaction auf Licht prompt. Bei Accomodation verengert sich die linke Pupille nur träge und nicht so ausgiebig, wie die rechte. Pupillendifferenz bei Erweiterung der linken Pupille 1—1,2 mm. Augenhintergrund normal. — Kniephänomen lebhaft. — Bisweilen unwillkürliches Harnlassen. Sensibilität normal. — Zeitweise profuse Diarrhoe. Urin normal. — Bemerkenswerth scheint mir noch, dass die oberen Extremitäten an der Unsicherheit der Bewegungen nicht theilnehmen.

Es liegt also hier ein Fall vor, bei dem neben multipler Sclerose vorzüglich das kleine Gehirn, speciell der Vermis in Folge von sicher constatirter Syphilis befallen ist.

Hr. Saalfeld frägt, ob sich an den Stimmbändern ähnliche Coordinationsstörungen gezeigt haben.

Hr. Lewin: Diese Untersuchung soll noch erfolgen.

Hr. Heller: Ich glaube, dass die Sprachstörung als „scandirende" Sprache zu bezeichnen ist. Das ganze Krankheitsbild: Sprachstörung, Schwindelanfälle, Ataxie, Veränderung des Ganges u. s. w. erinnert an die multiple Hirn-Rückenmarks-Sclerose.

Hr. Lewin: Wir haben auch daran gedacht, es ist sicher kein reiner Fall.

Hr. **Heller:** Gestatten Sie mir, im Anschluss an den Vortrag des Herrn Ledermann über Osmirung der normalen Haut einige **mikroskopische Präparate** zu demonstriren. Es ist mir nun gelungen, bei Gelegenheit einer Arbeit über die Histiogenese der elastischen Fasern die von Herrn L. nachgewiesenen Körnchen in der foetalen Haut des Ohres von Rinderembryonen zu finden. Sie lagen bei jungen Foeten in der Zone zwischen Corium und Epidermis. Es wäre möglich, dass diese schwarze Körnchen gewöhnliches Pigment darstellten. Wäre dies der Fall, so müssten sie sich auch in nicht mit Osmiumsäure behandelten Schnitten finden. Ihr Nachweis gelingt jedoch erst nach Anwendung der Osmiumsäure oder Osmiumsäure enthaltender Flemming'scher Lösung. Hervorheben will ich noch gegen Herrn L., dass diese Körnchen sich gut in Xylol-Canadabalsam conserviren lassen, und dass sie noch nach 5 Jahren in meinen Präparaten unverändert erhalten sind. Es frägt sich nun, ob diese Körnchen Fett oder Pigment sind. Eine Reihe von Gründen sprechen für die Fettnatur und eine andere Reihe gegen ihre Pigmentnatur. Gegen diese spricht der Umstand, dass sie bei Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd persistiren, während Pigment entfärbt wird. Ferner spricht auch der Ort ihres Sitzes und der Zeitpunkt ihres Auftretens dagegen. Ich

untersuchte Thiere in relativ frühen Stadien der Entwicklung (25 cm). Eine massenhafte Pigmententwicklung in der Oberhaut in diesem Entwicklungsalter anzunehmen, ist unmöglich. Andererseits habe ich die Körnchen an einer Stelle gefunden, die gerade sehr reich an Talgdrüsen ist. Die Körnchen finden sich nun nicht nur in der beschriebenen Zone, sondern lassen sich auch, wenigstens theilweise, bis in die Drüsen hinein verfolgen. Erwägt man nun die Schwarzfärbung dieser Körnchen durch Osmiumsäure und alle Osmiumsäuremischungen, d. h. durch das Fettreagens und den Sitz derselben, so kommt man ungezwungen zu der Erklärung jener Körnchen als Fett. Der Einwand, dass bei der Herstellung durch Alkohol, Aether, Chloroform, d. h. Fettlösungsmittel das Fett aus den Schnitten völlig entfernt sein müsse, erscheint nicht stichhaltig. Ist es doch möglich, dass die Oberfläche der Fettkörnchen durch die Osmiumsäure chemisch derartig verändert wird, dass sie der Einwirkung der Fettlösungsmittel ohne weiteres nicht zugänglich ist. Sind also die Körnchen als Fett aufzufassen, so sind aus ihnen etwaige Schlüsse auf eine Beziehung von Fett, Osmiumsäurereaction und Pigment zu einander nicht zu ziehen.

Hr. Lewin theilt mit, dass sich wiederum ein junger College auf seiner Charitéabtheilung befindet, der sich bei einem geburtshülflichen Acte am Finger inficirt hat. Bei demselben bestätigt sich eine früher ausgesprochene, jedoch hier bezweifelte Erfahrung, dass in solchen Fällen nicht die Cubital-, sondern die Axillardrüsen anschwellen. Die Erklärung für diese Erscheinung ist eine einfach anatomische. Von den Fingern gehen die superficiellen Lymphgefässe direct zu den Axillardrüsen, während die tiefliegenden Lymphgefässe in die Cubitaldrüsen münden. So erklärt sich auch bei Personen, die sich an der Hand tätowirt haben, der Befund der betreffenden Farbstoffe in den Axillardrüsen.

Gleichzeitig erwähnt Herr L. eines 25jährigen Mädchens mit Erythema exsudativum multiforme, das er gestern in dem Verein für innere Medicin vorgestellt hat. Durch Reizung der Urethra und des Uterus mit Sabinasalbe und Argentum trat ein Recidiv der Krankheit hervor. Dieses Experiment bestätigt, dass man das Eryth. exsud. multif. als eine von den Urethro-Genitalorganen vermittelte Reflexneurose anzusehen, berechtigt erscheinen könnte.

Hr. **Köbner II.** berichtet über einen eigenthümlich verlaufenden Fall von **Purpura haemorrhagica.**

Hr. Lewin: Ich möchte den mitgetheilten Fall als Morbus maculosus Werlhofii auffassen. Erwähnen will ich nur, dass ein paar tödtlich verlaufende Fälle publicirt worden sind, welche ich für acute Phosphorvergiftung mit ziemlicher Sicherheit ansehen möchte. Ausser den mineralischen Giften scheinen auch vegetabilische Stoffe derartige Blutzersetzungen bewirken zu können, so z. B. beim Hungertyphus. Interessant ist nach dieser Richtung, dass vor einer längeren Reihe von Jahren einer meiner Assistenten Purpuraflecke nach dem wiederholten Genuss von grossen Mengen Spargel bekam. Die nach erneutem Genuss wieder auftretende Krankheit bestätigte die Diagnose.

Sitzung vom 5. Januar 1892.

Vorsitzender: Herr Lassar.
Schriftführer: Herr Saalfeld.

Vor der Tagesordnung.

Der Vorsitzende begrüsst die Gesellschaft im neuen Jahr und in neuen Räumen und macht einige Vorschläge, um die Discussionen übersichtlicher als bisher zu ordnen. Die Gesellschaft ist damit einverstanden.

1. Hr. Lassar (Krankenvorstellung): Ich stelle Ihnen hier eine junge Patientin von 27 Jahren vor, deren Leiden in der frühesten Kindheit begonnen hat. Sie ist befallen von jener Form der Elephantiasis, wie sie schon einmal durch Herrn Behrend hier vorgestellt ist. Dieselbe erstreckt sich von der Fussspitze bis in die Höhe des Kniees hinauf und ist entstanden auf Basis einer lupösen Granulationsbildung. Man darf wohl annehmen, dass die Elephantiasis ein Accedens zu dem ursprünglichen Lupus darstellt.

Tagesordnung.

2. Hr. Rosenthal (Krankenvorstellung): M. H., ich stelle Ihnen einen Mann von 40 Jahren vor, der im Jahre 1871 einen vereiterten Bubo in der rechten Inguinalgegend gehabt hat. Vor drei Jahren begann sein jetziges Leiden; vor zwei Jahren hatte er eine Gonorrhoe und eine doppelseitige Inguinaldrüsenschwellung. Pat. ist seit neun Jahren verheirathet, seine Frau war nie gravida. Im October vorigen Jahres zeigte Pat. das Bild einer ausgebreiteten Lues tubero-ulcerosa. Das ganze Gesicht war mit zahlreichen Knoten dicht bedeckt, auf dem übrigen Körper fanden sich vielfache Gruppen von zerfallenen Hautgummata. Pat. bekam während dieser Zeit fünf Injectionen von gelbem Quecksilberoxyd; örtlich wurde Empl. mercur. angewandt. Die meisten Ulcerationen haben sich zurückgebildet. Was den Fall besonders bemerkbar macht, ist ein über den ganzen Körper ausgebreitetes Leucoderma. Dasselbe erstreckt sich in grösseren und kleineren weissen Flecken, auf dunkel pigmentirter Umgebung, über das Gesicht, den Nacken, Rücken, Bauch, einen Theil der Oberschenkel, des Scrotum und Penis. Da Pat. an tertiärer, noch nicht behandelter Lues leidet, mithin tiefe Ernährungsstörungen das gesammte Hautsystem ergriffen haben, da derselbe ferner Maurer ist, d. h. atmosphärischen Einflüssen in höchstem Maasse ausgesetzt ist, so ist auch bei diesem Kranken die Syphilis mit dem Leukoderma ähnlich dem von Vortr. im Jahre 1885 in der Berliner medicinischen Gesellschaft vorgestellten Fall von Leukoderma des Nackens und gleichzeitigem Chloasma des Gesichtes in directen Zusammenhang zu bringen. Ehrmann bildet in seiner neuesten Arbeit über dieses Thema einen Fall von Leukoderma des Penis und des Scrotum ab, der eine grosse Aehnlichkeit mit meinem Fall zeigt. E. vertritt übrigens darin die frühere Neisser'sche Ansicht, dass das Leukoderma nur an vorher syphilitisch erkrankten Stellen auftritt. R. betont, dass er nach seinen, gerade auf diesen Punkt seit Jahren gerichteten Beobachtungen, wie er bereits im Jahre 1885 ausgesprochen hat, sich zu diesem Standpunkt nicht bekennen kann. Den Fall macht ferner noch der Umstand bemerkenswerth, dass auch das Gesicht ergriffen ist, was Ehrmann bisher nicht beobachtet hat. Uebrigens hat vor mehreren Jahren R.'s damaliger Assistent, Hr. Margoniner einen Fall von Leukoderma des Gesichtes bei Syphilis des rechten Trigeminus hier vorgestellt.

Discussion.

Hr. Lassar frägt den Vortragenden, ob ihm auch sonst eine so typische Symmetrie, wie sie hier vorzuwalten scheint, begegnet ist,

ferner ob die zeitliche Genese wirklich übersehbar ist. Es wäre doch an sich nicht unmöglich, dass eine solche Leukopathie sich bei einem Menschen vorfindet, der ausserdem mit schweren syphilitischen Formen behaftet ist, um so mehr, als ja diese Leukopathien, sonst nicht erst in späteren Stadien der Syphilis zur Kenntniss kommen sollen.

Hr. Rosenthal: Die Symmetrie ist bei Leukoderma gewöhnlich vorhanden. In diesem Falle ist eine solche nicht aufgefallen.

Was die Zeit der Entstehung anbetrifft, so ist anamnestisch absolut nichts festzustellen. Im allgemeinen datirt man die Infection sechs Monate bis zwei Jahre vor dem Erscheinen des Leukoderma zurück. Auch bei seinem Patienten wäre das möglich, da er an einer malignen Form der Lues, ausgedehnten Hautgummata leidet, die innerhalb dieses Zeitraumes auftreten kann. Aber angenommen, die Infection läge längere Zeit zurück, so dürfte bei der grossen Ausdehnung und den tiefen Ernährungsstörungen der gesammten Haut sich auch die Dauer des Leukoderma länger hinaus erstrecken.

Hr. Ledermann möchte an Herrn Rosenthal die Frage richten, welche differentialdiagnostischen Gründe ihn bestimmen, hier idiopathische Vitiligo auszuschliessen, da der klinische Gesammteindruck ihm mehr für dieselbe zu sprechen scheine.

Hr. Rosenthal betont die Aehnlichkeit der leukodermatischen Flecke mit Vitiligo, aber auch das zeitige Zusammenfallen und die ganze Entwickelung in dem vorgestellten Fall, sowie dass derartige Fälle bereits mehrfach beschrieben sind.

Hr. Ledermann hält es nicht für ausgeschlossen, dass die Affection event. schon vor der syphilitischen Infection bestanden hat.

Hr. Isaac möchte den Fall ebenfalls als Vitiligo auffassen.

Hr. Rosenthal setzt nochmals seine Ansicht eingehend auseinander, die, wie er mittheilt, von Herrn Lewin getheilt wird.

3. Hr. Lassar empfiehlt in einem kurzen Vortrage, der später ausführlicher erscheinen soll, die **Cauterisation** der syphilitischen und namentlich der dubiösen **Initial-Affecte** mittelst Galvano- oder Thermocauters bei Anästhesie mit einigen Tropfen 10proc. Cocainlösung.

Discussion.

Hr. Saalfeld hat vor längerer Zeit eine Dame in derselben Weise operirt, bei der die galvanocaustische Schlinge angelegt und das ganz kleine, an der vorderen Commissur gelegene Ulcus entfernt wurde. Darauf wurde noch der Herd energisch mit dem Paquelin ausgebrannt. Secundärerscheinungen sind bei dieser Patientin, die Herr S. sehr lange beobachtet hat, nicht aufgetreten. In der letzten Zeit hat Herr S. in ähnlicher Weise wie Herr Lassar mehrere Primäraffecte und zwar mit der galvanocaustischen Schlinge entfernt. Ferner hat Herr S. versucht, die schneidende Methode mit der galvanocaustischen in Verbindung zu bringen, um möglichst tief zu gehen. Es handelt sich immer speciell um Fälle, in denen der Primäraffect in sulco coronario oder auf der Glans sitzt, und hier hat Herr S. gute Erfolge erzielt.

Hr. Rosenthal erwähnt, dass die Methode, die Herr Lassar angeführt hat, bereits vielfach geübt wird. R. zieht in denjenigen Fällen, bei denen der Sitz des Geschwürs es erlaubt, dem Paquelin die Excision vor, die er seit Jahren unter Anwendung von 4procentigem Cocain macht. Die Frage der Blutung kommt gar nicht in Betracht, da der Penis mittelst eines Schlauches constringirt wird und jedes zu Gesicht kommende Gefäss torquirt wird, ehe die Naht angelegt wird. Die Excision ist auf diese Weise das Prototyp einer idealen Operation.

Hr. Heller möchte hervorheben, dass möglicherweise bei der von von Herrn Lassar angewandten Methode an der Glans sowie auch im

Sulcus coronarius tiefgehende Narbenbildungen entstehen, die Deformitäten zur Folge haben können. Wenn man aber den Paquelin nur oberflächlich anwendet, so wird zwar von störender Narbenbildung keine Rede sein können, andererseits aber auch keine völlige Zerstörung des, wie mikroskopisch nachweisbar, oft sehr tief gehenden Infectionsherdes stattfinden.

Hr. Lassar glaubt, dass Herrn Heller's Befürchtungen nicht für unseren Kreis zutreffen, denn so energisch wird wohl kaum Jemand von uns vorgehen. Andererseits ist Herr L. Herrn Rosenthal für seine Bemerkungen dankbar. Er wollte nur hervorheben, dass versucht werden sollte, mehr als es bisher geschehen ist, Galvcanocauter oder Thermocauter mit Cocain zur systematischen Verheerung der Initialaffecte zu probiren. Schaden wird man damit nicht anrichten, möglicherweise aber Nutzen.

4. Hr. **Rosenthal: Ueber einige neuere dermatotherapeutische Mittel.** (Der Vortrag ist in der Berl. klin. Wochenschr. 1892, No. 11 veröffentlicht.)

5. Hr. **Saalfeld: Therapeutische Mittheilungen.** Vortragender hat bei exulcerirten Sklerosen und auch bei nicht primär geheilten Excisionswunden recht gute Erfolge mit einem resp. zwei älteren Mitteln erzielt und zwar mit einer Verbindung von Calomel und Jodoform und später statt des letzteren Aristol zu gleichen Theilen. Die Geschwürsfläche, die lange Zeit vergeblich behandelt war, reinigte sich und vernarbte schnell. Das Calomel hat hier einen specifischen Einfluss ausgeübt, und das andere Mittel hat auf die Eiterung Einfluss gehabt.

Bei mehreren Fällen von Inguinalbubonen, in denen eine deutliche Eiterung vorhanden war — es bestand Fieber — hat Herr S. das von Blaschko angegebene Verfahren, die Bedeckung mit Quecksilberpflaster-Mull, über welches Hafergrütze gepackt wird, mit gutem Erfolg angewandt. Es wurde vollkommenes Zurückgehen des Bubo gesehen. Aehnliche Erfolge hat Herr S. in zwei Fällen gesehen, wo es sich um Hautgummata handelte, die anfingen zu fluctuiren.

Dann weist Herr S. noch auf den günstigen Einfluss hin, welchen das Salol auf den Verlauf der acuten Urethroblennorrhoe ausübt.

Schliesslich erwähnt Herr S. noch, dass er in mehreren Fällen statt des gewöhnlichen Ol. Santal. die Perles Clertans Santal angewandt habe, die freilich bedeutend theurer sind, die Nieren und den Magen aber weniger reizen und besser vertragen werden. Der Erfolg ist als ein recht guter zu bezeichnen.

Hr. Rosenthal theilt im Auftrage des Herrn Geheimrath Lewin mit, dass er jetzt wieder einen Fall von Infection eines Arztes an der Hand beobachtet, bei dem ebenfalls nur die Axillardrüsen geschwollen sind.

Sitzung vom 2. Februar 1892.

Vorsitzender: Herr Lewin.
Schriftführer: Herr Rosenthal.

Hr. Lassar legt gedruckte Karten vor, welche Vorschriften enthalten, wie sie gemeiniglich den mercuriell behandelten Patienten ertheilt werden. Solche Karten sind von der Hirschwald'schen Buchhandlung zu beziehen.

Hr. G. Lewin: Gegen die den Patienten gegebenen Anordnungen des Herrn Lassar könnte ich viel Einwendungen machen, doch steht

die Discussion nicht auf der Tagesordnung und unterlasse ich deshalb die näheren Ausführungen.

Hr. Goldzieher stellt einen Fall vor, der vor einiger Zeit in die Dr. Lassar'sche Klinik zur Behandlung kam. Es fiel damals am meisten am Pat. neben einem Ectropion am rechten Auge ein Gesichtseczem auf, wie es ja häufig vorzukommen pflegt bei Leuten, die im Freien arbeiten. So ist dieser Mann Schiffer. Ausserdem war aber seine ganze Körperhaut ichthyotisch verdickt. Dadurch ist der Pat. nicht im Stande, zu schwitzen, und die Theile des Körpers, die nicht von der Krankheit befallen sind, müssen daher vicariirend den Schweissausbruch zur Regulirung der Körperwärme übernehmen. Das ist hier mit dem Gesicht der Fall.

Der Pat. ist mit der Ichthyosis geboren, ebenso eine Schwester von ihm. Drei Geschwister sind vollkommen gesund, auch die Eltern, ebenso ist nie ein Fall von Ichthyosis in der Familie vorgekommen. Früher ist sein Gesicht vollkommen normal gewesen; die Ichthyosis ist im Laufe der Zeit eher schlechter als besser geworden. Beschwerden hat er im Winter nicht so sehr wie im Sommer, weil bei zunehmender Hitze und Trockenheit der Haut tiefe, schmerzhafte Rhagaden gebildet werden. Die Hauptbeschwerden bestehen darin, dass im Gesicht eine ganz enorme Hyperhidrosis besteht, die immer wieder Grund zu neuen Eczemen giebt; es ist ihm nur möglich, durch häufige Waschungen das Gesicht so zu erhalten, dass er arbeiten kann. Die bisherige Behandlung war ohne Erfolg. In der Lassar'schen Klinik ist er erst seit wenigen Tagen in Behandlung; Theerbäder mit nachfolgender Einreibung 2proc. Salicylvaseline haben den Zustand erträglich gemacht.

Hr. Goldzieher demonstrirt dann einige Wachsmodelle von Patt., die auch in der Dr. Lassar'schen Klinik erheblich gebessert worden sind.

Hr. Joseph frägt, ob die Herren Fälle von Ichthyosis gesehen haben, wo nur die Beugeseiten erkrankt waren. Herr Joseph hat einen Fall gehabt, bei dem nur die Ellenbogen, die Achselhöhle und eine ganz kleine Spur an den Nates befallen waren. J. dachte zuerst an die in der Literatur beschriebenen Fälle von Darier'scher Dermatose. Buzzi erkannte die Aehnlichkeit mit der Darier'schen Dermatose an. Die bekannten Körperchen wurden nicht gefunden, dagegen ergab ein Stück excidirter Haut das typische Bild der Ichthyosis.

Hr. Isaac erinnert bei dem einen der in Wachs abgebildeten Fälle, dass er s. Z. darauf aufmerksam gemacht hatte, dass die dunkle Färbung der Haut nicht von einer Zunahme des Pigments, sondern von Schmutz herrührt.

Hrn. Lewin ist es trotz der grossen Anzahl von ihm beobachteter, an Ichthyosis leidender Kranken nicht aufgefallen, dass die Beugeseiten besonders afficirt waren. Eigenthümlich ist, dass die Axillargegend befallen ist. Diese ist gewöhnlich frei, ebenso auch die Inguinal- und die Halsgegend. Ferner frägt Herr Lewin, ob der Pat. sich leicht erkältet.

Hr. Goldzieher: Das ist mir nicht aufgefallen.

Hr. Lewin beobachtete bei mehreren Kranken mit weit verbreiteter Ichthyosis später Tuberculose der Lungen. Ob eine innere Relation besteht? — Eine Verbindung von Eczem mit Ichthyosis wird auch nur zufällig sein.

Hr. Lassar glaubt, dass für einige Hautkranken gerade Ichthyosis einen ungünstigen Boden bildet, z. B. Eczem und Prurigo, dagegen eine besondere Prädilection nicht vorliegt. Doch bieten derartig complicirte Fälle immerhin der Behandlung einige Schwierigkeit.

Hr. Rosenthal schliesst sich den Ausführungen an, dass bei Ich-

thyosis eine besondere Neigung zu Eczem nicht besteht. Auf die Frage des Herrn Joseph erinnert R. an die localisirte Ichthyosis und an die unter Ichthyosis linearis beschriebenen Fälle. Zwei von diesen stammen aus der Unna'schen Klinik und einige andere aus der englischen Literatur. Es handelt sich dabei um ichthyotische Linien, die auf der Beugeseite einer Unterextremität verlaufen. In der Unna'schen Klinik wurde nachgewiesen, dass diese Erkrankungsform mit den bekannten Spaltungslinien der Haut in Verbindung steht.

Ausserdem fragt Herr Rosenthal, wie die Kopfhaut bei dem Pat. beschaffen ist.

Hr. Goldzicher: Die Kopfhaut ist nicht ichthyotisch.

Hr. Rosenthal: Bei Ichthyosis pflegt gewöhnlich die Kopfhaut von einer Seborrhoe befallen zu sein, worauf schon vor längerer Zeit Herr Köbner aufmerksam gemacht hat.

2. Hr. **G. Lewin**: M. H.! Vor 4 Wochen habe ich hier einen Kranken mit der **Menière'schen Krankheit** vorgestellt. Leider konnte ich heute den Pat. nicht vorführen, um zu zeigen, wie die subcutane Sublimat-Injectionscur sehr günstig gewirkt hat.

Der erste Kranke, den ich heute vorstelle, leidet an einer mit **Hydrocele complicirten Orchitis gummosa**, bei welcher sich der linke Gummiknoten etwas in den Kopf des Nebenhodens hineinerstreckt. Solche Fälle können leicht einen Gummiknoten des Nebenhodens vortäuschen und möchte ich deshalb eine anatomische Erklärung geben. Vom Corpus Highmori gehen bekanntlich, wie hier die Zeichnung ergiebt (Zeichnung), bindegewebige Stränge radienartig nach der Peripherie. Geht das Gumma von diesem aus, und zwar von der dem Nebenhoden zugekehrten Seite, so wächst es in diesen mit hinein und täuscht so einen Knoten im Nebenhoden vor. Daher kommt es, dass die von einzelnen Autoren beschriebenen Gummiknoten des Nebenhodens mehr oder weniger im Kopfe desselben situirt sind. Dass übrigens das von Ricord proclamirte Gesetz „de l'intégrité de l'epididymis" nicht absolute Geltung hat, ist durch den schönen Fall von Herrn Rosenthal bewiesen. Bei diesem meinem Kranken kann man auch die Schwierigkeit erkennen, welche die Diagnose der Hodengummata bisweilen erfährt. Die gleichzeitige Hydrocele erschwert sehr das Durchfühlen des Knotens. — Der Kranke leidet ausserdem an vielfachen gummösen Geschwüren. Diese Complication ist sehr häufig. Eine Ausnahme machen jedoch die Fälle von galoppirender Syphilis, bei welcher sich früh zerfallene Gummata am Körper zu Geschwüren ausbilden, Gummata im Hoden aber fehlen. Da diese Affectionen hartnäckigen Widerstand leisten, ist es zweckmässig, Quecksilber und Jodkalium alternirend zu gebrauchen und einen Fricke'schen Heftpflasterverband anzulegen.

Hr. Saalfeld fragt Herrn Lewin, ob er bei den Hodenaffectionen Zittmann versucht hat.

Hr. Lewin: Der Werth desselben ist nur beschränkt.

Hr. Rosenthal erwähnt, dass in dem von ihm vorgestellten Fall nicht das Caput, sondern die Cauda befallen war.

Hr. Lewin: Der zweite Kranke leidet an einer **Lähmung des linken Nervus peroneus.** Der Patient, ein 26jähriger Kanzlist, kam mit einer Sclerose, welche mit Roseola syph. complicirt war, auf meine Abtheilung. Er hatte eine subcutane Sublimatinjection a 0,012 erhalten, und zwar war nahe der Furche, wo der Nervus ischiadicus zwischen Tuber ischii und Trochanter major verläuft, der Einstich gemacht worden. Unmittelbar nach dieser traten heftige Schmerzen im ganzen linken Bein mit spastischer Contraction der Ober- und Unterschenkel-

muskulatur auf. Den nächsten Tag entwickelte sich eine allmähliche Paralyse der vom Nerv. peroneus innervirten Muskeln. Vorzüglich afficirt war und ist noch der Musc. tibialis anticus, Musc. extensor hallucis longus, Musc. extensor digitorum communis. Die Sensibilität ist am Fussrücken herabgesetzt, so dass entsprechend dem Verlauf der Extensorensehne bis zur Höhe der Malleolen Nadelstiche nicht empfunden werden. Auch an der Plantarseite besteht erhebliche Herabsetzung der Sensibilität. — Der Fall dient als Warnung, nicht zu nahe der Rinne zwischen Trochanter major und Tuber ischii zu injiciren.

Hr. Lassar frägt, ob es bekannt ist, dass nach übertriebenen Mercurialwirkungen ähnliche allgemeine Lähmungserscheinungen auftreten können. Man kann diese Fälle als acute mercurielle Myositis auffassen, wo es sich also nicht um eine locale Einwirkung auf den Nerven, sondern um Muskelvergiftung handelt.

Hrn. Lewin ist eine Erkrankung der Muskeln durch Quecksilber nicht bekannt. Ebenso konnte er eine Relation zwischen Quecksilberwirkung und Myositis diffusa nicht nachweisen.

Hr. Lassar hat eine Dame gesehen, die, in der Ehe angesteckt, von einem hiesigen, sehr sachverständigen Arzt mit 160 Einreibungen à 5 gr behandelt war. Sie kam mit Contracturen halbseitig gelähmt in Behandlung. Als die Hg-Cur ausgesetzt und eine resorbirende Behandlung eingeleitet war, ging die mercurielle Parese zurück.

Hr. Saalfeld: Smirnoff hat empfohlen, die Hg.-Injectionen an dieser Stelle zu machen und Moncorvo, der das Quecksilber subcutan bei Kindern angewandt hat, empfiehlt sehr warm diese Stelle.

Hr. Margoniner hat einen Fall von Syphilophobie beobachtet, bei welchem sehr viele Quecksilbercuren gemacht waren. Der Mann konnte nur mit Hülfe eines Stockes gehen. Die Untersuchung ergab eine heftige Schmerzhaftigkeit und Schlaffheit der Muskulatur beider Beine. Unter einer rein diätetischen und mechanischen Behandlung bekam der Patient einen vollständig normalen Gang wieder. Er hatte nebenbei eine Psoriasis vulgaris, die er für specifisch hielt. Durch Chrysarobin schwand die Psoriasis und seine Syphilophobie. Allerdings war der Mann sehr nervös, aber immerhin giebt dieser Fall die Möglichkeit, die angeregte Frage im Sinne des Herrn Lassar zu deuten.

Hr. Lassar: **Ueber Pityriasis rosea.** (Der Vortrag wird in extenso erscheinen.)

Hr. Joseph hat oft gesehen, dass besonders Patienten, die Wollwäsche tragen, von dem Leiden befallen werden. J. war bisher ein sehr skeptischer Beurtheiler der parasitären Natur des Lichen ruber. Anfangs October bekam er aber einen Collegen in Behandlung, der sich zu einer Hochgebirgstour einen Lodenanzug angeschafft hatte und nun einen Lichen ruber zeigte, der zunächst nur da sass, wo Jacke und Hut dem Körper enge anlagen. Ferner hat er einen zweiten Fall gesehen, dem wegen Schmerzen in der Intercostalgegend das Auflegen eines Katzenfells verordnet war. Einige Tage später bestand Lichen ruber. Er ist der Meinung, dass die Pityriasis rosea nichts weiter ist als ein Herpes tonsurans maculosus et squamosus.

Hr. Lassar. Was Hebra Herpes tonsurans genannt hat einfach der Form nach, ist meiner Erfahrung nach mit Herpes tonsurans nicht übereinstimmend. Dagegen ist Herpes tonsurans squamosus eine Abart der Herpes-Krankheit, die sich vollständig mit der Pityriasis rosea deckt. Bei dieser finden sich die Pilze nicht, die beim Herpes tonsurans niemals fehlen.

Hr. Joseph hält alle diese Fälle für Herpes tons. squamosus, bei denen man oft den Pilz nachweisen kann. Allerdings ist das sehr schwierig.

Hr. Rosenthal: Der Herpes tonsur. maculos. et squamos. wird von Hebra als die acute Form des Herpes tonsurans betrachtet. Es ist aber bekannt, dass eine ganze Anzahl Autoren eine besondere Affection, die Pityriasis rosea (Gibert) anerkennen, die durch keinen Fadenpilz hervorgerufen wird. Herr R. hält beide Affectionen für identisch. Herr Köbner, der hier im vorigen Jahre einen Fall von Pityriasis rosea vorstellte, zeigte gleichzeitig eine Cultur von Kokken, die sich aus den Schuppen des betreffenden Falles entwickelt hatte, und schloss seine Auseinandersetzungen damit, dass, wenn es ihm auch an Beweisen fehle, dass die demonstrirten Kokken die Ursache der Pityriasis rosea seien, er doch der Meinung sei, dass diese Affection durch keinen Fadenpilz hervorgerufen wird. Nach vielfachen Untersuchungen muss R. zugeben, dass es in vielen Fällen unendlich schwer ist, den Pilz zu finden.

Hr. Saalfeld weist darauf hin, dass Herr Köbner den von ihm im vorigen Jahre bei einem Fall von Pityriasis rosea gefundenen Kokken durchaus keine pathogene Bedeutung beigemessen habe. Ferner fragt Herr Saalfeld Herrn Lassar, wie er sich zu der Frage stellt, inwieweit sich der in Englang beschriebene Flanel rash mit der Pityriasis rosea deckt.

Ausserdem theilt Herr S. einen Fall von typischer Pityriasis rosea bei einem Patienten, der keine Wolle, sondern leinene Wäsche trug, mit. In kurzer Zeit trat Heilung ein durch Einreibung von ½ procent. Sublimatspiritus und einer 1½ procent. Carbol-Kühlsalbe, die antiparasitär und gleichzeitig juckmildernd wirkte.

Hr. Blaschko: Zwei Momente sind zu betonen: Erstens, dass der Nachweis der Pilze in der grössten Anzahl der Fälle nicht gelingt. Freilich giebt es auch klinisch sichere Fälle von Herpes tonsurans, bei denen der mikroskopische Nachweis der Trichophyten ebenfalls sich nicht führen lässt. Zweitens werden in den Fällen, wo Pilze nachgewiesen werden, immer nur geringe Sporen gefunden, und da ist es unmöglich, zu sagen, ob irgend ein Pilz, den wir unter dem Miskroskop sehen, Trichophyton tonsurans ist. Es könnte die Krankheit auch durch eine verwandte Species etc. verursacht sein. Entscheiden würde allein das Experiment. B. hebt ferner noch hervor, dass die Pityriasis rosea klinisch — und vielleicht sogar auch ätiologisch — nicht eine Einheit darstellt. Es ist ja möglich, dass ein und derselbe Pilz verschiedene Formen hervorruft; es ist aber auch nicht ausgeschlossen, dass die verschiedenen Formen durch verschiedene Pilzarten erzeugt werden, ja sogar dass ein und dieselbe Form durch verschiedene Pilze hervorgerufen wird.

Aetiolgisch würde dann auch darauf zu achten sein, dass die Erkrankung in den meisten Fällen doch nicht durch Wolle verursacht wird. Da namentlich von den Arbeitern in Deutschland zumeist rauhe Baumwollenhemden von sogenanntem Parchend oder Baumwollenflanell getragen werden. Einschlägige Fälle hat B. mehrfach in letzter Zeit gesehen, wo die Erkrankten nie Wolle getragen haben.

Hr. G. Lewin erwähnt, dass Dühring in seinem Briefe aus Constantinopel[1]) sich dahin äussert, dass die Pityrasis rosea Gibert in einem nicht unbedeutendem Procentsatz Eczema seborrhoicum sei und sich dabei auf eine Anzahl in Paris, z. B. bei Vidal beobachteter Fälle, beruft.

Hr. Lassar unterscheidet scharf zwischen diesen Gruppen von derjenigen Form von Herpes tonsurans, die die Bartleser typische Herpes tonsurans besitzt doch keine all-

[1]) natsheft. IX. Bd., S. 140.

gemeine Localisation, lässt aber den Pilz leicht finden, jene generalisiren sich leicht, lassen aber, wenn überhaupt, den Pilz sehr schwer finden. Man hat kein Recht, von einer Krankheit zu sprechen, die die und die Formeigenthümlichkeiten hat, weil der Pilz für die eine Form pathognostisch, für die andere mindestens problematisch ist.

Ueber den Flanell habe Herr L. nicht solche Erfahrungen. Nach seiner Ansicht besteht eine Einigung darüber, dass es in der grossen Gruppe Herpes eine besondere giebt, die man im ganzen als Herpes squamos. von den Herpes tonsur. scheiden muss, und dass es für diese Verhältnisse möglich ist, in dem Gewande der Patienten die Quellen zu suchen, die bis heute noch nicht einwandsfrei gefunden sind, aber doch wahrscheinlich existiren.

Hr. Heller zeigt einige mikroskopische Präparate, die den Beweis liefern, dass wichtige, vielleicht für die Frage der rituellen und therapeutisch indicirten Circumcision bedeutsame anatomische Unterschiede zwischen der Haut der Glans der Circumcidirten und Nichtcircumcidirten bestehen.

Sitzung vom 2. März 1892.

Vorsitzender: Herr Lassar.
Schriftführer: Herr Saalfeld.

Vor der Tagesordnung:

1. Hr. Ledermann: Der Kranke kam vor 4 Wochen in Herrn L.'s Poliklinik mit Ulcera mollia praeputii. Die Anamnese ergab Syphilisinfection vor einem Jahr, jedoch konnten zur Zeit keine Erscheinungen von Lues constatirt werden. Nachdem die Ulcera mollia unter Jodoformbehandlung geheilt und Pat. mit der Weisung, sich in einer Zeit zur Vornahme einer Mercurialcur wieder vorzustellen, entlassen war, kam derselbe schon vor ungefähr 8 Tagen mit Klagen über Halsschmerzen. Bei der Inspection des Rachens zeigte sich zunächst ein grauer Schleier auf der linken Mandel, so dass eine Plaque muqueuse diagnosticirt und dem Pat. vorgeschlagen wurde, schon jetzt eine neue antisyphilitische Cur zu beginnen. Pat. erhielt vor 5 Tagen eine Thymolquecksilberinjection. Heute ist die Tonsille sehr stark vergrössert und zeigt in der Mitte ein tiefes klaffendes Geschwür mit steil abfallenden Rändern, so dass an der jetzigen Diagnose „Gummi" wohl kein Zweifel ist. Was die frühere antisyphilitische Behandlung anbetrifft, so hat Pat. vor 10 Monaten, wo er eine Sclerose und Roseola zeigte, eine Schmiercur von 15 Inunctionen durchgemacht. Im Herbst 1891 hat er wegen eines Recidives wiederum 15 Einreibungen erhalten. Vielleicht ist auf diese gewiss sehr unzulängliche Behandlung der frühe Ausbruch des Gummis zurückzuführen. Die Untersuchung des Körpers ergiebt auch jetzt keine anderen Erscheinungen von Syphilis; nur zeigt die linke untere Nasenmuschel eine cirkumscripte schmerzlose Schwellung. Ob sich auch da ein Gummi entwickelt, lässt sich vor der Hand nicht entscheiden. Differentialdiagnostisch kommt für die bestehende Affection in Betracht, erstens eine acute Angina apostematosa; jedoch ist die Affection zwar acut, jedoch ohne stürmische, fieberhafte Erscheinungen aufgetreten. In zweiter Reihe eine zerfallene Papel, jedoch ist das Geschwür dafür zu gross und zu tief und die Entwickelung zu rasch. Es bleibt also nur die Diagnose: Gummi. Pat. erhält Mercur und Jodkali.

Der zweite Pat. hat eine eigenartige Affection, die vorläufig einer Erklärung kaum zugänglich ist. Verschiedene Fachcollegen haben

ihn früher untersucht und behandelt und sind weder diagnostisch noch therapeutisch zu einem Ziele gekommen. Die Affection ist vor 8 Jahren entstanden und recidivirt alljährlich in unregelmässigen Intervallen. Sie beginnt in Gestalt eines Fleckes im Handteller und breitet sich von da peripherisch aus. Es bilden sich dann mehrere Flecke, später Kreise, die confluiren und zuletzt Figuren bilden. Die Affection juckt stark, aber nur zu Zeiten und dann gewöhnlich, wenn sie die Furchen in der Hand überschreitet. Sie tritt meist zu gleicher Zeit in einem Handteller und der entgegengesetzten Fusssohle auf, also z. B. im linken Handteller und der rechten Fusssohle oder umgekehrt, und überschreitet nie die Grenzen der Handteller oder Fusssohlen. Augenblicklich sieht man eine rothe Begrenzungszone, die etwas infiltrirt ist; die Temperatur ist erhöht gegen die der übrigen Haut. In der Mitte ist eine etwas bläulich-weisse Zone, die den Buchten dieser rothen Zone folgt. Sensibilitätsstörung ist nicht vorhanden, doch giebt Pat. an, dass er letchter einen Gegenstand fallen lässt, als aus der gesunden Hand. Eine Behandlung ist bisher stets erfolglos gewesen; er ist mit Atropin, Arsen, Ergotin u. s. w. behandelt worden. Es handelt sich ohne Zweifel um eine Angioneurose, für die ein ätiologisches Moment schwer zu finden ist. Pat. selbst giebt an, dass er vor 8 Jahren mit einem Stock in der Hand ausgeglitten ist, der sich tief in die Hand gebohrt hätte. Kalte Waschungen sollen das Jucken verstärken, während durch Dampfbäder ein Nachlass des Juckens eintritt.

2. Hr. **Lewin: Ein Fall von Leucoderma non syphiliticum.** Bekanntlich wird das Leucoderma vorzüglich am Halse als sicheres Zeichen bestehender oder bestandener Syphilis angesehen. Hr. L. will Patientin als Repräsentantin einer Categorie von Kranken vorstellen, die nie syphilitisch waren und das schönste Leukoderma zeigen, und zwar nicht allein an der classischen Stelle, dem Halse, sondern auch an einem Theile des Stammes und der Extremitäten. Die Kranke, ein 24jähriges Dienstmädchen, kam nach der Klinik wegen Fluor vaginalis. Die genaueste Untersuchung bestätigte ihre Versicherung, dass sie noch nie an Geschlechtskrankheiten gelitten. Hr. L. hat eine ganze Anzahl ähnlicher Kranken und legt nur zwei entsprechende Abbildungen zweier nie syphilitisch gewesener Mädchen mit ausgesprochenem Leucoderma war.

Der zweite Kranke, der schon einmal vorgestellt, und welcher höchstwahrscheinlich an Meningitis gummosa leidet, wurde vor Kurzem von einer Keratitis interstitialis profunda seu parenchymatosa befallen. Die Cornea, Anfangs halbdurchsichtig, wie mattgeschliffenes Glas, wurde allmählich hellgrau und zeigt jetzt Flecken im Centrum. Focalbeleuchtung wies nach, dass die tieferen Parthien der Hornhaut betroffen waren. Auch Gefässentwickelung scheint zu beginnen. Auffallend ist in der Mitte der Trübung ein hellerer Kreis. Bei solcher Keratitis, welche beide Augen betroffen. muss man an constitutionelle Krankheiten denken. Gewöhnlich werden Kinder oder junge Personen befallen, deren Ernährung darnieder liegt. Auch dieser Kranke hat schon eine lange Quecksilbercur durchgemacht und ist heruntergekommen, doch möchte Hr. L. dies nicht als Ursache seiner Krankheit ansehen. Auch an hereditäre Syphilis könnte man denken; namentlich war es ja Hutchinson, der darauf hinwies. Die Zähne sind normal, Gummata nirgends zu finden, Knochenaffection nirgends vorhanden etc. Hr. L. glaubt, dass die acquirirte Syphilis, an welcher der Kranke leidet, und welche in maligner und zugleich galoppirender Form auftrat, die Augenkrankheit verursachte. — Hr. L. erwähnt noch, dass die Gehirnerkrankung nach der subcutanen Sublimatinjectionscur sich sehr ge-

bessert hat, dass aber noch etwas scandirende Sprache und unsicherer Gang besteht, was eine Fortsetzung der Therapie erfordert.

8. Hr. Peter: In die öffentliche Sprechstunde des Herrn Dr. Lassar kam der 6 Jahre alte Carl C. mit Hauterscheinungen, die auf den ersten Blick den Eindruck ausgebreiteter und vorgeschrittener Syphilis darboten. Das kachectisch-schwächliche Kind ist am Kinn, am linken Mundwinkel, an der rechten Schulter und in der rechten Schenkelbeuge mit rupiaartigen, bogenförmigen, borkenbedeckten Efflorescenzen behaftet; die regionären Drüsen sind stark geschwollen; das rechte Auge befindet sich im Zustand stark entzündlicher Reizung, die bis auf die Regenbogenhaut übergegriffen hat. Bekräftigt wurde dieser zuerst gewonnene Eindruck durch die Angabe sämmtlicher Angehörigen, dass die Krankheit dieses allein von allen gesunden Geschwistern befallenen Knaben auf die Impfung zurückzuführen sei. Bei der Bestimmtheit, mit der diese Angaben gemacht wurden, schien es der Mühe werth, die Verhältnisse nach dieser Richtung hin zu sondiren. Die Gelegenheit hierzu war unverhältnissmässig günstig. Der Arzt, der die Impfung bei dem Kinde vorgenommem und dasselbe auch späterhin behandelt hat, ertheilte uns in freundlichster Weise dahin Auskunft, dass der Impfverlauf durchaus nichts Abnormes dargeboten habe. Dazu kam, dass der Stammimpfling, von dem die Syphilis ausgegangen sein sollte, noch am Leben und der Untersuchung zugänglich war. Aber auch ein Verdacht auf hereditäre Syphilis war durch den Umstand ausgeschlossen, dass beide Eltern gesund sind und der Vater in ganz jungen Jahren, dieser Knabe ist noch vor Antritt seiner Militärzeit geboren, geheirathet hat. Vielmehr klärte sich der vermeintliche Fall von Impfsyphilis schliesslich als Tuberculose der Haut und der Drüsen auf, die Augenentzündung war eine accidentell-traumatische. Zu bemerken ist noch, dass sich unter der eingeleiteten antisyphilitischen Cur, wie andere das bei Tuberculose vielfach beobachtet, der örtliche und allgemeine Zustand verschlechterte. Von Interesse erscheint der Fall insofern, als bei der äusserlich so weit gehenden Aehnlichkeit beider Krankheitsbilder, ohne die Möglichkeit einer Confrontation mit dem gesunden Stammimpfling, leicht ein Impfunfall vorgetäuscht werden konnte.

Hr. G. Lewin: Gegen Vaccinalsyphilis sprechen die kaum sichtbaren Narben an den Armen. Die Zähne machen nicht den Eindruck der von Hutchinson beschriebenen Veränderungen. Auch ihre Oberfläche zeigt keine Defecte. Vor Allem ist die Bissfläche der mittleren oberen Schneidezähne nicht halbmondförmig eingebuchtet.

Tagesordnung.

4. Hr. G. Lewin: Ueber Circumcisio. Er bekämpft die zwei allgemeinen Ansichten, dass die Circumcisio die beste Methode der Phimosenoperation sei und dass die rituelle Circumcisio eine sanitäre Bedeutung habe. Das Gegentheil sei der Fall. (Der Vortrag wird in extenso gedruckt werden.)

5. Hr. Heller: Der Vortrag des Herrn Geh. Rath Lewin über die Bedeutung der rituellen und therapeutisch indicirten Circumcision für die Prophylaxe der Syphilis veranlasste mich, den Versuch zu machen, die Frage vom anatomischen Standpunkte zu lösen.

Ich habe bisher die Glans penis von je 3 Nichtcircumcidierten und und 3 Circumcidierten untersucht, und möglichst zuvor die Structurverhältnisse bei fast gleichaltrigen, in Bezug auf allgemeine Pigmentverhältnisse nicht zu sehr differierenden Individuen verglichen. Die Präparate wurden theils frisch (Gefriermikrotom) theils nach Härtung in Müller'scher Flüssigkeit und Einbettung in Celloidin untersucht.

Die Untersuchungsergebnisse sind bisher folgende: Im Stratum corneum der Nichtcircumdierten und Circumdierten ist ein Unterschied nicht wahrzunehmen. Man sollte eigentlich annehmen, dass bei den Circumdierten infolge der mannigfachen Insulte eine Verdickung des Stratum corneum eintritt. Das ist jedoch nicht der Fall. Messungen ergaben eine bei Unbeschnittenen und Beschnittenen gleiche Stärke des Stratum corneum von höchstens 8—10 μ.

Weder von einem Stratum lucidum noch von einem Stratum granulosum kann in der zarten Epidermis der Glans penis die Rede sein. Die wichtigsten Unterschiede zwischen der Haut der Eichel bei Nichtcircumdierten und bei Circumdierten finden sich im Rete Malpighii. Man kann im Rete zwei Theile, eine aus parallel dem Stratum corneum ziehenden Zelllagen bestehenden Schicht, und die von dieser Schicht aus sich in das Unterhautbindegewebe sich erstreckenden Zapfen unterscheiden. Die unterste Zellage des Rete, die auch die Zapfen gewissermaassen überzieht, ist die sog. Matrix, die gewöhnlich Pigment führende Basalschicht. Bei Circumdierten und bei Nichtcircumdirten sind gleichmässig 4 parallel dem Stratum corneum ziehende Lagen von Retezellen zu constatiren. Dagegen unterscheiden sich wesentlich die Retezapfen der Circumdierten von denen der Nichtcircumdierten. Die Retezapfen, die sonst etwa 30 bis 40 μ lang sind, sind auf das drei- und vierfache vergrössert. Zuweilen verzweigen sie sich und bilden drüsenartige, handschuhähnliche Gebilde. Welchen Zweck haben diese Veränderungen? Untersucht man mit Osmiumsäure frische Schnitte, so kann man eine starke Schwarzfärbung der Retezapfen constatiren. Die Osmiumsäurereaction weist also einen grossen Fettgehalt des Stratum mucosum nach. Möglicherweise handelt es sich um ein physiologisches Aequivalent für die fehlenden Talgdrüsen. Die Bildungen fanden sich am besten entwickelt in der Haut der Glans penis eines 70jährigen Greises, sie sind aber auch bei einem 7—8jährigen Knaben, wenn auch weniger ausgeprägt, vorhanden gewesen. Dagegen waren sie wenig deutlich bei einem 20jährigen Manne. Sie fehlten völlig bei Nicht-Circumcidirten. Es fragt sich, ob die Gebilde nicht etwa durch zufällige Schnittführung entstanden sind. Dagegen spricht der constante Befund bei verschiedenen Organstücken desselben Individuums, dagegen spricht die Unmöglichkeit durch absichtliche Schrägschnitte die Bilder künstlich bei Nicht-Circumcidirten zu erzeugen, dagegen spricht schliesslich eine einfache Erwägung. Da die Retezapfen säulenartige Gebilde darstellen, so kann ein Schrägschnitt im allgemeinen das Bild derselben nur verkleinern. Eine geringe Vergrösserung kann nur in dem gewiss seltenen Fall vorgetäuscht werden, wenn die Schnittebene mit der Diagonalebene der Retesäule zusammenfällt. Die Veränderungen der Retezapfen müssen daher als wirklich bestehende angesehen werden. Ist der Befund constant, vergrössert gewissermaassen die Haut der Glans bei Circumcidirten ihre Fett producirende Fläche, und bewirkt sie wirklich stets diese Veränderung zur Erzeugung von Fett, so fehlt der Einwand gegen die Circumcision. Das zum Schutz des Penis gegen Einflüsse der trockenen Oberhaut erforderliche Hautfett, wird in ausreichender Menge producirt. Zur Zeit sind jedoch die Untersuchungen noch nicht so weit gediehen, um abschliessend über diese und andere Frage (z. B. Pigmentirungsverhältnisse) urtheilen zu können.

Die geschilderten Veränderungen gestatte ich mir Ihnen, m. H., mikroskopisch und mit Hilfe einer Mikro-Photographie zu demonstriren.

Discussion.

Hr. Saalfeld: Herr Lewin sagt, dass in ca. 50 pCt. die Ulcera auf den Präputien gesessen hätten, meinte aber vorher, dass das Prä-

putium den Zweck hätte, eine Infection zu verhindern. Es würde durch die Secretion des Präputium eine Feuchtigkeit hergestellt, die das Eindringen von Mikroorganismen, die die Lues erzeugen, verhindert. Herr S. glaubt die Statistik des Herrn Lewin auch von einem andern Standpunkt aus auffassen zu dürfen, dass gerade das Präputium einen Locus minoris resistentiae darstellt. Ausserdem müsse noch im Auge behalten werden, dass nicht selten bei Leuten ohne Lues, einfach durch Balanitis bedingt am Praeputium Erosionen vorkommen, und diese Erosionen bilden bei der Häufigkeit der Balanitis recht oft eine Prädisposition für die Acquisition von Lues. Es wäre interessant gewesen, wenn Herr Lewin eine Statistik darüber gegeben hätte, ob die Lues bei rituell Circumcidirten weniger häufig auftritt.

Hr. Rosenthal: Ich möchte mich Herrn Saalfeld zum Theil anschliessen. Auf die anatomischen Auseinandersetzungen unseres Herrn Vorsitzenden will ich nicht eingehen. Ich habe, trotzdem ich aus humanitären Bedenken gegen die Circumcision bin, die Empfindung, dass dass das Präputium einen grossen Invasionsheerd der Syphilis bildet. In den 50 pCt. des Herrn Lewin wäre es interessant, zu erfahren, wie viel Sklerosen ihren Sitz auf der inneren Lamelle hatten, da bekanntlich an dieser Stelle die häufigste Ansteckung stattfindet. Diese Erfahrung giebt Veranlassung, zu fragen, warum das der Fall ist. Der Grund liegt darin, wie Herr Saalfeld schon angedeutet hat, dass durch die Fettzersetzung leichter Erosionen entstehen und so die Infection der inneren Lamelle begünstigt wird. Und der Beweis, dass bei den 50 pCt., wenn sie kein Präputium gehabt hätten, die Infection an einer anderen Stelle erfolgt sein würde, wäre doch noch zu erbringen. Die betreffenden Patienten hatten eben einen Locus minoris resistentiae, und hier hat die Infection stattgefunden. Ob noch ein zweiter Locus minoris resistentiae vorhanden war, ist eine Frage, die noch zu entscheiden ist.

Hr. Lewin: Die von Herrn Saalfeld gewünschte Statistik kann weder ich noch sonst Jemand geben. Die Behauptung, dass das Präputium deshalb öfters inficirt werde, weil es ein Locus minoris resistentiae sei, entbehrt jeder Begründung — Gründe sind wenigstens nicht angeführt. Wenn ich die anatomischen Momente näher bezeichnet habe, welche die Resistenz der Vorhaut bedingen, so hätte ich auch solche anatomische Kriterien für das Gegentheil erwarten können — was nicht geschehen ist. Niemand wird bestreiten können, dass beim Mangel des Präputiums die anderen wichtigen Theile, die nun entblösst da liegen, inficirt worden wären.

Hr. Saalfeld tritt dem Vorwurf entgegen, als ob er die Richtigkeit der Untersuchungen des Herrn Lewin bezweifelt hätte. Er habe sich gar nicht gegen das von Herrn L. hervorgehobene Factum der schnellen Einreissbarkeit des Präputium gewandt, wiederhole vielmehr seine Meinung, dass die Häufigkeit der Infectionen am Präputium — 50 pCt. nach der Statistik des Herrn L. — durch die nicht wegzuleugnende Häufigkeit der Balanitis bedingt sei.

Hr. Rosenthal: Ich möchte nur noch anführen, dass die Statistik gerade dafür spricht, dass ein Locus minoris resistentiae vorhanden ist. Bei der Erection ist das Präputium zurückgezogen und die innere Lamelle liegt nach aussen. Findet nun eine Infection statt, so trifft sie natürlich den schwächsten Theil. Bei denen aber, die kein Präputium haben, ist die Möglichkeit der besseren Reinigung, auch nach einer Cohabitation, gegeben.

Hr. Lewin: Die Balanitis entsteht sehr oft durch mangelnde Reinlichkeit. Man schneidet aber nicht Theile, welche durch mangelnde Pflege krank werden, ab, sonst müsste man viele andere Körperpartien entfernen.

6. Hr. **Isaac** bespricht eine **Affection bei einem einjährigen Kinde** mit der Fragestellung, ob Syphilis oder Tuberculose vorliegt. Der Vater des Kindes war vor 12 Jahren syphilitisch inficirt; die Mutter leidet zeitweise an heftigen Kopfschmerzen. Drei Kinder sind gesund zur Welt gekommen, litten aber in der Jugend an leichten scrophulösen Erscheinungen. Das Kind, um welches es sich hier handelt, kam vor einem halben Jahre in die Augenklinik des Collegen Reichenheim mit einer Ptosis rechts, einer Parese des rechten Rectus internus und einer Lähmung des Sphinct. ciliaris. Lichtreflex fehlte. Ohne Behandlung trat rechts eine leichte Besserung ein, als plötzlich ähnliche Erscheinungen noch auf dem linken Auge sich einstellten. Herr Dr. Reichenheim schickte das Kind in die Hautklinik des Herrn Dr. Isaac und man constatirte dort Lähmung und Parese des linken Rect. int. und Ptosis. Die linke Gesichtshälfte war stark verzogen, also Lähmung des rechten N. facialis. Der linke Arm in Flexionsstellung, das linke Ellenbogengelenk geschwollen, die Epiphysen und Diaphysen der linken Ulna verdickt, das entsprechende Kniegelenk und das rechte Talotarsalgelenk stark geschwollen. Die Motilität der linken Seite im Gegensatz zu der der rechten stark beeinträchtigt. Hebt man das Bein hoch, so fällt es schlaff herab. Auf dem Körper zahlreiche furunculäre Abscesse. Inguinal- und Cervicaldrüsen stark geschwollen. Leichte, übrigens seit der Geburt bestehende Coryza. Heute, nach vier Wochen, befinden sich die Lähmungserscheinungen wieder auf dem rechten Auge, Pupillarreflex rechts ebenfalls nicht vorhanden, links noch leichte Ptosis und Parese.

Es kommen differentialdiagnostisch in Betracht: Syphilis oder Tuberculose ev. Rachitis mit einer von diesen beiden Krankheiten combinirt. Für Syphilis spricht vielleicht die hereditäre Belastung. Der Vater ist vor 12 Jahren syphilitisch inficirt gewesen. Kassowitz schätzt die Möglichkeit der Vererbung auf 12—14 Jahre. Henoch hat einen Fall beobachtet, wo ein Vater 20 Jahre nach der Infection ein syphilitisches Kind erzeugte, nachdem vorher 2 vollkommen gesunde Kinder zur Welt gekommen waren. — Die Hautaffection bei dem Kinde hat sicher mit Lues nichts zu thun. Dagegen bedürfen die Knochenaffectionen einer besonderen Besprechung. Nach Henoch kommen bei hereditärer Lues Knochenerkrankungen namentlich bei Recidiven vor. Ergriffen werden mit Vorliebe die Enden des Humerus und die Röhrenknochen, auch die Phalangen der Finger schwellen gern an, so dass oft das Bild der Osteomyelitis scrophulosa vorgetäuscht wird; niemals sind die Zehen ergriffen. Henoch warnt jedoch davor, solche Epiphysenschwellungen immer für Syphilis zu halten, selbst wenn mehrere syphilitische Symptome vorhanden sind. In solchen Fällen sichert die Cur die Differentialdiagnose zwischen Rachitis und Lues. Taylor ist der Meinung, dass Syphilis vorhanden sei, wenn die Knochenaffection einen plötzlichen steilen Beginn zeige, während Henoch die Ansicht vertritt, dass zum Unterschied von Rachitis die syphilitische Affection sich nur auf einer Seite vorfinde. Von grossem Interesse ist die erschwerte Beweglichkeit, ja oft gänzliche Immobilität der Extremitäten bei hereditärer Syphilis. Bednàr hat bei 68 hereditär belasteten Kindern die Parese der Arme 16 mal, die der Beine 2 mal notirt. Bednàr wie Henoch betrachten diese Immobilität jedoch nicht als centrale Affection, sondern als sogenannte Pseudoparalyse, nach Bednàr beruhend auf einer myo-
[illegible] Affection, also auf einer Schlaffheit der Musculatur, im Gegen-
enoch, der eine Erkrankung der Epiphysen und Diaphysen
knochen annimmt. Wegner hat bekanntlich nachgewiesen,
an der Grenze zwischen Epiphyse und Diaphyse bei Syphiliti-

schen eine orangegelbe Zone zeigt, nach Waldeyer und Köbner beruhend auf einem gummösem Process; diese syphilitische Erkrankung ist nach Wegner zurückzuführen auf eine excessive Wucherung der Knorpelzellen im Gegensatz zu einer retardirten Ossification der Substanz des Knochens.

Fälle von cerebraler Lues sind bei Kindern sehr selten. Chiari beschreibt einen Fall von Endarteritis specifica, und bei den von Henoch angeführten Fällen beweist kein einziger, dass das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen gewesen sei. Augenmuskellähmungen, speciell die vom N. oculomotorius ausgehenden, werden zwar mit Vorliebe auf Syphilis zurückgeführt und Bäumler spricht sich dahin aus, dass jedesmal, wenn ein Fall von Oculomotoriuslähmung vorliegt, die Diagnose Syphilis gestellt werden muss.

Bei der Tuberculose jedoch wird, wie bekannt, das Gehirn mit seinen Häuten mit Vorliebe afficirt, hier treten noch Lähmungen der Extremitäten auf, welche auf centralen Ursprung zurückzuführen sind, meistens verbunden mit Parese, Ptosis, Ciliarlähmung und Strabismus divergens.

Bei unserem Falle spricht für Syphilis die Heredität, die Anschwellung der Diaphysen und Epiphysen, die Schwellung der Knochen und die Pseudoparalyse, denn als Hemiplegie lässt sich dieser Zustand nicht deuten. Gegen Syphilis spricht allerdings, dass centrale Lues bei Kindern nicht vorzukommen pflegt, aber Henoch führt einen Fall an, wo bei einem zweijährigen Kinde im Gehirn bei der Section sich Stellen vorgefunden haben, die als Gummata gedeutet werden mussten. Auch die ausgesprochene Oculomotoriuslähmung auf beiden Augen lässt mehr auf Lues wie auf Tuberculose schliessen. Ob es sich um eine direct centrale oder um eine basilare oder um eine periphere Herderkrankung des Gehirns handelt, ist bei dem Wechsel der Erscheinungen nicht sicher zu constatiren, jedoch lässt die totale Ophthalmoplegie auf einen basilaren Herd schliessen.

Da der Nerv. oculomotorius und der Nerv. facialis afficirt sind, so muss man an ein Ergriffensein der Varolsbrücke denken. Die wechselnden Krankheitserscheinungen auf beiden Augen lassen sich auf Druckverschiebungen im Gehirn erklären.

Der Vortragende ist der Ansicht, dass die Erscheinungen von Seiten des Gehirns als Tuberculose aufzufassen seien, während die übrigen Erscheinungen als Syphilis gedeutet werden müssen.

Die Therapie: Jodkali und Inunctionen, hat bisher kein günstiges Resultat geliefert; höchstens eine leichte Besserung im Ernährungszustand.

Discussion.

Hr. G. Lewin: Als eine der häufigsten Knochenerkrankungen bei hereditär syphilitischen Kindern möchte ich die Dactylitis oder vielmehr Phalangitis erwähnen, die ich in den Annalen der Charité für 1875 beschrieben habe.

Die Erkrankung der Epiphysen langer Röhrenknochen, so dass es selbst zur Ablösung derselben von der Diaphyse kömmt, habe ich zuerst in ihrer anatomischen Bedeutung in meinem Werk über subcutane Sublimatinjectionen (1868), und zwar vor Wegner, beschrieben und richtig, wie dies noch heute geschieht, als Perichondritis gummosa hingestellt.

Die Augenlidlähmung ist bei solchen Kindern häufig centralen Ursprungs. Ist der Augenhintergrund untersucht?

(Hr. Isaac: Das war nicht möglich.)

Syphilis der Centralorgane scheint sehr selten bei hereditärer Sy-

philis vorzukommen. Herr L. hat bei 2 Kindern Geschwülste im Gehirn gesehen — ob sie Gummata oder Tuberkeln waren, konnte damals nicht constatirt werden. Schott giebt an, Gallertgeschwülste an den Vorderlappen gefunden zu haben.

Hr. Hoffmann fragt, ob jemals fieberhafte Erscheinungen beobachtet sind, denn in Bezug auf die Tuberculose wissen wir doch, dass selten Fälle vorkommen, bei denen selbst bei centralem oder cerebralem Verlauf nicht Fieber vorkommt, während das bei Syphilis doch ausgeschlossen ist. Wenn zeitweise fieberhafte Erscheinungen aufgetreten sind, so würde Herr H. sich doch für Tuberculose erklären. Zweitens fragt Herr H., ob die Ernährung zugenommen oder abgenommen habe. Bei Tuberculose nehme sie doch meistens ab.

Hr. Lassar fragt, wie lange die bisherigen Beobachtungen dauern; wenn die Therapie bislang im Stich gelassen hat, so ist doch zu erwägen, dass inzwischen ein gummöser Herd vorgeschritten und ein centraler Tuberkelknoten gleichfalls nicht ganz ohne weitere Erscheinungen geblieben sein würde.

Hr. Isaac bemerkt, dass Fieber bis jetzt nicht beobachtet worden sei; der Ernährungszustand des Kindes sei vortrefflich, so dass man das Kind kaum für schwerkrank hielte. Die Therapie war bis jetzt ohne Erfolg.

Sitzung vom 3. Mai 1892.

Vorsitzender: Herr Lewin.
Schriftführer: Herr Rosenthal.

I. Hr. Dr. **O Israel** a. G. demonstrirt eine Reihe von **Geschwülsten der Haut** an verschiedenen Körperstellen, sowie die Niere eines Neugeborenen mit chronischer interstitieller Nephritis, die herdweise auftritt und auf Syphilis zurückgeführt werden muss.

Discussion.

Hr. G. Lewin: Syphilitische Nierenerkrankungen bei hereditär syphilitischen Kindern, wie das Präparat des Herrn Israel zeigt, sind soweit mir bekannt, in Deutschland nur von Klebs und Pollnow mitgetheilt worden, welche bei einem Fötus und bei einem 6monatlichen Kinde Gummiknoten in den Nieren auffanden. Ich selbst habe nur bei einem hereditär syphilitischen Kinde einmal Anasarka mit Albuminurie beobachtet. Zunächst war es überhaupt Mollière, der 1869 einen Fall von solcher Nierenerkrankung mittheilte, später Lancereau, Parrot und Marchiafava. Cowpland behauptet sogar, dass bei den meisten Kindern, welche an hereditärer Syphilis sterben, die Nieren erkrankt seien. In den Nebennieren sind von Bärensprung mehrere Fälle beobachtet, aber in seinem Buche über hereditäre Syphilis findet sich kein einziger Fall von Erkrankung der Niere.

II. Hr. Dr. **Freyhan** a. G.: **Ueber generelle Hautpustulose mit tödtlichem Ausgang.**

Ich möchte mir erlauben, Ihnen kurz über eine seltene Hautkrankheit zu berichten, die ich zufälligerweise im Laufe des letzten Jahres in zwei Exemplaren auf der inneren Station des Krankenhauses Friedrichshain gesehen habe. Es handelt sich um eine generelle Hautpustulose mit tödtlichem Ausgang, dieselbe Erkrankung also, die der ältere Hebra mit dem Namen Impetigo herpetiformis bezeichnet hat. Der

Begriff der Impetigo hat im Laufe der Jahre mannigfache Veränderungen erfahren. Nachdem die Auffassung desselben als eines besonderen Krankheitsbildes lange Zeit die Billigung sämmtlicher Autoren erfahren hatte, versuchte der ältere Hebra den Begriff der Impetigo umzugestalten, indem er alle Abarten dieser Erkrankung dem Genus des Eczems unterordnete. Den Machtworten Hebra's gelang es, diese Ansicht zur allgemein herrschenden zu erheben; erst neuerdings ist sie durch mehrfache Anfeindungen erschüttert worden, nachdem Bockhardt durch Impfversuche an sich selbst den Nachweis geliefert hat, dass es eine selbstständige Pustelerkrankung giebt, die durch den Staphylococcus pyogenes aureus und albus erzeugt wird.

So wenig nun Hebra im Allgemeinen die Impetigo als eigene Krankheit gelten liess, eine Ausnahme hat auch er gemacht und der Impetigo herpetiformis stets eine Sonderstellung vindicirt. Die Casuistik dieser Affection ist eine recht spärliche geblieben und ich möchte mir daher erlauben, sie durch 2 durch die Section begleitete Fälle zu vermehren.

Die Fälle betrafen eine Wöchnerin, die 26jährige Arbeiterfrau B., und den 40 Jahre alten Maurer W.

Bei beiden Patienten entwickelten sich innerhalb kurzer Zeit auffallende Veränderungen in der Haut, die am markantesten im Gesicht, an den Händen und in der Umgebung der Mammillen zu Tage traten. Die Haut der Hände bis zur Mitte der Unterarme war gedunsen, heiss, mit schmutzig braunen Borken besetzt. Unter den sich abhebenden Krusten schimmerte die Haut roth, glänzend und gespannt hervor, an einzelnen Stellen nässend, aber nirgends Ulcerationen zeigend. Am Rande der erkrankten Hautpartieen und ganz besonders auf der unter den losgelösten Gewebsfetzen neu zu Tage tretenden Epidermis schiessen Gruppen von kleineren und etwas grösseren, höchstens aber Stecknadelknopfgrösse erreichenden Pusteln auf, die nur zum kleinen Theil mit grüngelbem Inhalte erfüllt sind, zum weitaus grössten Theil aber schon regressive Veränderungen erlitten haben und zu soliden Borken eingetrocknet sind. Eine scharfe Grenze zwischen gesundem und krankem Gewebe ist nirgends angedeutet; der Uebergang findet in allmählicher, fast unmerklicher Abstufung statt. Das Gesicht weist ähnliche Entstellungen, wie die Hände, auf; die Wangen, das Kinn und beide Ohren sind in den destruirenden Process eingeschlossen, während Nase, Stirn und Orbitae frei geblieben sind. Das ganze Gesicht erscheint dadurch unförmlich dick, gedunsen und geröthet; die Borkenbildung ist aber hier weniger ausgesprochen, als an den Händen. Am reinsten geben den Typus der Erkrankung die zuerst befallenen Theile wieder, nämlich die die Mammae bedeckenden Hautparthien; hier ist das Gewebe beiderseits in ungefähr einer handtellergrossen Fläche afficirt, deren Centrum von den oben beschriebenen schmutzigen Borken eingenommen wird, während die Peripherie durch unregelmässige Gruppen von Pusteln umsäumt wird. Alle erkrankten Theile sind spontan und auf Druck sehr empfindlich.

Die Temperatur ist hoch, fieberhaft; der Urin enthält Albumen in beträchtlicher Menge und im Sediment vereinzelte Leukocythen und spärliche hyaline Cylinder.

Im weiteren Krankheitsverlauf wurden progressiv immer mehr Hautparthien in den Kreis der Erkrankung gezogen, ohne dass die zuerst befallenen Theile zur Heilung gelangten. Erst kamen die Beine, dann der Rücken, endlich fast die gesammte Körperoberfläche an die Reihe, und regelmässig begann der Process an den noch intacten Parthieen zuerst mit einer gruppenförmigen Eruption kleiner und kleinster Pusteln, die schnell eintrockneten und zu grösseren Borken zusammenflossen.

Das Sensorium, das im Anfang ungetrübt gewesen war, zeigte beim weiteren Fortschreiten der Krankheit eine starke Beeinträchtigung, allmählich trat ein soporöser Zustand ein, weiterhin Delirien und in den letzten Wochen griff ein tiefes Coma Platz.

Die Sectionen, die in beiden Fällen kurze Zeit nach dem Tode ausgeführt wurden, haben in Uebereinstimmung mit den früher gewonnenen Resultaten keine genügenden Aufschlüsse gegeben.

Bei der Frau fand sich, dem klinischen Bilde entsprechend, eine parenchymatöse und interstitielle Nephritis; die übrigen Organe zeigten ebenso wie die des Mannes keine wesentlichen Besonderheiten. Auch der Digestionstractus, dem der klinischen Erscheinungen wegen besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde, erwies sich bei der Section völlig normal.

Ich möchte noch nachtragen, dass die mikroskopische Untersuchung des Pustelinhalts, die mehrfach in beiden Fällen gemacht wurde, völlig negativ ausfiel. Nur die den nässenden Stellen entnommene dickliche Flüssigkeit enthielt die gewöhnlichen Eitererreger, ein Befund, der jedenfalls erst secundären Einflüssen seinen Ursprung verdankt.

Trotz des negativen Resultates und trotzdem es überhaupt noch nicht gelungen ist, den positiven Nachweis zu führen, dass diese Krankheit wirklich von einem einheitlichen Infectionserreger veranlasst wird, werden wir doch nicht fehlgehen in der Annahme, dass diese Affection sensu strictiori als eine Infectionskrankheit zu betrachten ist. Dafür sprechen die fieberhaften Erscheinungen und die Symptome von Seiten des Centralnervensystems. Das fast ausschliesslich beobachtete Vorkommen der Krankheit bei Schwangeren und Wöchnerinnen giebt einen Fingerzeig ab, die Quelle der Infection im Uterus und den Genitalien zu suchen. Indessen zeigen doch auch Fälle, wie sie von Lewin und von Heitzmann beschrieben sind, die nicht schwangere Frauen betrafen, und besonders unser zweiter Fall, bei dem wir nach sorgfältiger Untersuchung die Diagnose eines Impetigo herpetiformis aufrecht erhalten zu können glaubten, dass das Virus auch noch durch andere Eingangspforten in den Körper gelangen kann.

Discussion.

Hr. Lewin: Herr College David consultirte mich vor einigen Jahren bei einer mit Impetigo herpetiformis behafteten Frau, welche ganz das von Hebra gezeichnete Bild darbot. Die Frau, bis dahin gesund und Mutter gesunder Kinder, war nicht schwanger, wie dies bei solchen Kranken in der Regel der Fall ist. Es entwickelten sich und zwar vom Mons veneris aus eng aneinander gereihte Pustelchen, welche ziemlich rasch zu schmutzig braunen Borken vertrockneten. Um diese erschienen in concentrischen Kreisen neue zu Krusten sich umwandelnde Pusteln. Die Ausbreitung auf grosse Strecken durch Confluiren der Kreise war ebenfalls characteristisch. Die Therapie war erfolglos, — die Kranke sarb unter septischen Erscheinungen. —

Erwähnenswerth ist hier die sich allmählich einstellende schwärzliche Pigmentirung der Haut, wie bei Morbus Addisonii. Ich glaube diese auf den längeren Gebrauch von Arsen schieben zu müssen. Dass das Arsen solche Färbungen bewirkt, dafür existiren eine Anzahl Beispiele in der Literatur. Ich selbst beobachtete solche Pigmentirungen an und unter dem Nagel bei einem jungen Manne, der längere Zeit Arsen gegen Psoriasis gebraucht hatte.

Hr. Bruck: Was die Prognose anbetrifft, so ist im vorigen Jahre von du Mesnil ein Fall veröffentlicht, wo die Frau zweimal während der Schwangerschaft Impetigo herpetiformis bekam und jedesmal genesen ist. Das Kind, welches aus der zweiten Schwangerschaft stammte,

war mit derselben Krankheit behaftet, wurde aber auch wieder gesund.

III. Hr. **Lewin**: Ich erlaube mir Ihnen folgende Kranke vorzustellen:

1. Ein sehr **ausgesprochenes makulöses Exanthem des ganzen Körpers** in Folge von subcutanen Sublimatinjectionen, also ein Erythema mercuriale. Es ist der 5. Fall, den ich bei vielen Tausenden von Kranken bisher beobachtet habe. Schon vor 2 Jahren hatte die Kranke, wo sie ebenfalls einer subc. Subl.-Injectionscur unterworfen wurde, dasselbe Exanthem. Wie damals, so war auch diesmal dasselbe sehr juckend. Gleichzeitig trat Oedem der Augenlider auf und Temperaturerhöhung bis 38,8.

2. Der 2. Kranke zeigt ein intensiv **pustulöses Exanthem, eine Variola syphilitica.** Der Patient zeigte bei seiner Aufnahme eine zerfallene Sclerose und alsbald ein über den ganzen Körper sich verbreitendes pustulöses Exanthem. Gleichzeitig stellte sich Fieber bis zu 38,6 ein, die Pusteln verwandelten sich in Ectyma und Rupiakrusten. Bald darauf klagte der Kranke über Halsschmerzen und man sah auf der hinteren Rachenwand eine grau-weisse Infiltration, aus der sich ein tiefes Geschwür herausbildete, das theilweise noch vorhanden ist. Pat. litt gleichzeitig an asthmatischen Beschwerden, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, mit einem Wort, man konnte an gewöhnliche Variola denken. Der ganze Verlauf der Krankheit, namentlich der erwähnte Uebergang der Pusteln, das relativ geringe Fieber und die Thatsache, dass hier in Berlin Fälle von Variola vulg. jetzt nicht vorkommen, sprach gegen solche. Die Diagnose wurde auch durch den günstigen Verlauf der mercuriellen Cur bestätigt.

3. Die 3. Kranke leidet an einer **Atrophie des linken Auges,** durch Syphilis bewirkt. Frau L., 35 Jahre alt, aus gesunder Familie, selbst bis zur Verheirathung gesund, erkrankte 3 Monate nach dieser an Roseola syph. und Iritis. Sie wurde einer Schmiercur unterworfen. Im 8. Monat wurde die Kranke entbunden; das Kind zeigte Hautausschläge und starb nach 8 Stunden. Die Mutter erkrankte darauf an einem Geschwür des Palatum molle und nächtlichen Kopfschmerzen. 1889 sollen Facialislähmung mit Sprachstörungen und Lähmung der linken Körperhälfte eingetreten sein. Jetzt restirt noch etwas Abmagerung des linken Arms und beschränkte Beweglichkeit des linken Fusses. Das Romberg'sche Phänomen ist auch vorhanden, die Sensibilität normal. Vor Allem möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf die Atrophie des rechten Auges lenken. Dasselbe ist bedeutend kleiner als das linke. Der Hornhautdurchmesser ist im horizontalen Meridian $9^1/_2$, im senkrechten 9 cm. Die Hornhaut zeigt neben klaren Stellen undurchsichtige, von einer gerötheten Haut überzogen. Es ist eigentlich, soweit ich mich erinnern kann, noch keine Atrophie des Augapfels nach Syphilis beschrieben; es wird nur nebenbei angegeben, dass eine Atrophie eintreten kann. Ausserdem soll nach Graefe durch mangelnden intraoculären Druck Atrophie eintreten können. Die Entstehung dieser Atrophie denke ich mir ähnlich, wie die der syphilitischen Lebercirrhose und der syphilitischen Atrophie des Hodens. Ich erinnere mich zweier Fälle, in denen an der Papille sich kleine Tumoren erhoben, welche man als Gummata auffassen musste. Wahrscheinlich combinirt sich mit diesen eine Hypertrophie des intermediären Bindegewebes, welches sich allmählich retrahirt, das normale Parenchym zum Schwund brachte und so die Atrophie des ganzen Auges zur Folge hatte.

Discussion.

Hr. Bruck hat einmal ein ähnliches Exanthem auf der Breslauer Klinik gesehen. Die betreffende Patientin bekam nach einer Injection von grauem Oel ein papulöses Exanthem, welches, da auch hohes Fieber bestand, für Masern gehalten wurde. Nach Abheilung des Exanthems wurde wieder eine Injection gemacht und das Exanthem stellte sich von Neuem ein. Besonders ausgezeichnet war der Fall noch durch zahlreiche Purpuraflecke.

Hr. Ledermann hat einen Fall beobachtet, bei dem der Einfluss des Quecksilbers sowohl nach subcutanen Injectionen, als auch nach innerem Gebrauch und nach Inunctionen beobachtet werden konnte. Die Pat. kam in die Breslauer derm. Klinik mit einem universellen Exanthem, das wie Scarlatina aussah, hohes Fieber verursachte und nach 5 Tagen unter Entfieberung mit Desquamation ablief. Pat. waren vorher von einem Arzte Inunctionen verordnet worden. Später wurde sie mit Injectionen von Thymolquecksilber behandelt. Um jede Injectionsstelle herum bildete sich ein handtellergrosser erythematöser Fleck. Experimenti causa wurde ihr innerlich Calomel verabreicht, ohne dass ein Exanthem auftrat. Als ihr später etwas Calomel auf die Labien gepulvert wurde, entwickelte sich von dort aus wieder ein universelles Exanthem, diesmal aber ohne Fieber.

Hr. Isaac: Als ich in Wien war, stellte Prof. Neumann einen Fall von Variola syphilitica vor. Der Pat. starb, die Section ergab neben der Variola auch noch gummöse Erkrankung des Rückenmarks.

IV. Hr. Peter stellt einen Fall von **Dermatitis herpetiformis** aus der Klinik des Herrn Dr. Lassar vor. Der Patient ist seit 3 Jahren von seinem Leiden befallen. Auf erythematöser, stark juckender Haut treten Gruppen von Bläschen auf, die nach kurzer Zeit verschwinden, um eine dunkelbraune Pigmentirung zu hinterlassen, von der im Laufe der Jahre der ganze Körper eingenommen ist. Diese Pigmentirung ist nicht auf Arsengebrauch zurückzuführen, da der Beginn in eine Zeit fiel, in der Patient nur äusserlich behandelt wurde. An irritirten Stellen traten grössere Blasen auf. P. will auf die Frage, ob der Unterschied dieser Krankheitsform von einem gewöhnlichen Pemphigus mehr als ein nur gradueller ist, nicht eingehen. Jedenfalls zeigen die characteristischen Eigenschaften des Falles, weshalb Dühring diese Gruppe als eine besondere Species beschrieben hat.

Hr. Lassar möchte darauf hinweisen, dass gerade diejenigen Erscheinungen, auf die Dühring aufmerksam gemacht hat, hier vorhanden sind, dass im Vergleich zu den pustulösen Dermatitiden hier kleine Bläschen in kreisähnlicher Anordnung auftreten, und daher ist auch der Name Dermatitis herpetiformis gewählt.

Pat. hat sehr viel Arsen gebraucht, seiner Angabe zufolge aber ist die braune Pigmentirung dem Arsengebrauch vorangegangen. Sodann war aufgefallen, dass der Pat. eine sehr rauhe Sprache gehabt hat. Er gab an, dass dies durch Arsengebrauch entstanden ist. Die laryngoscopische Untersuchung zeigte den Aryknorpel geschwollen, locale Erscheinungen waren im Larynx und auch auf der Mundschleimhaut vorhanden. Die Erscheinungen kommen und gehen, es bestand starkes Jucken, das durch ganz milde Behandlung zurückgedrängt ist. Wie rasch sich das ganze Bild verändert, kann man an diesem Wachsabdruck ersehen, der vorige Woche gemacht ist, und wo noch grosse Blasen zu sehen sind. Diese grösseren Blasen sind alle verschwunden, inzwischen aber wieder eine ganze Reihe kleinerer aufgetreten. Pat. ist auch bislang in sachkundiger Behandlung gewesen, hat aber doch erhebliche Besserung durch die Arsenbehandlung nicht gefunden.

Hr. Rosenthal: Der Fall ist ausserordentlich interessant. Gegen die Bezeichnung desselben als Dermatitis herpetiformis wird sich nicht viel einwenden lassen, obgleich ich denselben als einen Herpes iris ansprechen möchte. Ich hatte Gelegenheit, vor einigen Monaten hier einen ähnlichen Fall vorzustellen. Dühring hat in die Gruppe der Dermatitis herpetiformis eine grosse Anzahl von Affectionen eingereiht, die schwer unterzubringen sind. Mein Fall zeigte nicht so tiefe Pigmentbildungen, bestand aber auch erst seit 2 Monaten. Neben zahlreichen juckenden Bläschen mit papulösem Vorstadium auf Haut und Schleimhaut des Mundes war die Kreisform deutlich ausgeprägt.

Derselbe verlief ebense wie der hier vorgestellte, chronisch, und dürfte daher am besten als chronischer Herpes iris bezeichnet werden.

Dann möchte ich vorschlagen, dem Pat. Antipyrin zu geben. Nach dem Vorschlage Blaschko's habe ich in einigen nicht sehr ausgesprochenen Fällen vom Pemphigus das Mittel mit gutem Erfolge gegeben, so bei einem jungen Mädchen mit Pemphigus beider Unterschenkel. Auch in dem eben erwähnten Falle hat Antipyrin subjectiv und objectiv Besserung bewirkt. Der Pat. gebraucht dasselbe jetzt schon eine Reihe von Wochen ohne sonstige Schädigung.

Hr. G. Lewin möchte den Fall auch als Herpes iris auffassen. Hebra hat diese Form bekanntlich mehr als Unterabtheilung von Erythema exsudativum und von Pemphigus hingestellt. L. möchte dagegen den Herp. iris als selbstständige Dermatose betrachten. Bei diesem essentiellen Herp. iris habe er ebenfalls Erkrankungen der Schleimhaut des Pharynx und Larynx gesehen.

Hr. Lassar möchte nicht den Irrthum obwalten lassen, als ob dieser Fall vorgestellt wäre, um über die Nomenclatur zu debattiren. Ob man die Dühring'sche Krankheit gelten lassen will, oder nicht, kann an seinem Falle nicht erörtert werden, der hier vorgestellte Kranke entspricht jedenfalls demjenigen Bilde, welches Dühring vorgeschwebt haben muss, als er eine neue Krankheitsbezeichnung einführte.

Hr. Bruck glaubt nicht. dass dieses Bild zum Herpes iris passt. Darunter versteht man doch gewöhnlich nicht eine chronische Form, sondern eine, die in einer bestimmten Zeit abläuft. Wenn sie chronisch ist. so ist es eben kein Herpes iris.

Hr. Rosenthal macht darauf aufmerksam, dass derartige chronisch verlaufende Fälle von Herpes iris mehrfach beschrieben worden sind.

Sitzung vom 14. Juni 1892.

Vorsitzender: Herr Lassar.
Schriftführer: Herr Saalfeld.

Vor Eintritt in die Tagesordnung.

1. Hr. **Ledermann** stellt ein Kind mit **Impetigo contagiosa universalis** vor, bei dem das Gesicht, sonst die Prädilectionsstelle, am wenigsten befallen ist. Auffallend ist das lange Bestehenbleiben der Blasen. Die abheilenden Stellen hinterlassen keine Narben, daher ist die differentialdiagnostisch in Betracht kommende multiple cachectische Hautgangrän auszuschliessen.

Discussion.

Hr. Lewin fragt, ob zugleich im Hause noch andere Kinder erkrankt sind. Er habe mehrere solcher Fälle gesehen.

Hr. Richter hat vor wenigen Tagen eine sehr interessante Haus-

epidemie der Art beobachtet, bei der die Infection durch eine Hebamme, die anderweitig ein krankes Kind behandelte, bewirkt wurde. Im Hause wurde die Ansteckung durch eine Badewanne weiter verbreitet. Die Impfversuche, die erst vor 2 Tagen begonnen wurden, sind bis jetzt resultatlos.[1])

Hr. Lassar: Ich möchte mittheilen, dass Herr Heller vor einigen Jahren in meinem Institut eine Arbeit gemacht hat, die noch nicht veröffentlicht ist. Es handelte sich damals um klinische Prüfung von Culturen des Staphylococcus aureus, die im hygienischen Institut durch Herrn Mathias Schulz gezüchtet waren und von Impetigo contagiosa-Fällen herstammten. Wir haben diese Kokken lange weiter gezüchtet, und Herr Heller hat eine grosse Anzahl von Impfversuchen bei Erwachsenen gemacht. Dabei kam jedesmal eine typische Blase mit nachheriger Krustenbildung zu Stande, die sich von der Impetigo contagiosa aber dadurch unterschied, dass es bei der einzelnen Blase blieb, ein progressives Umsichgreifen der Eruptionen jedoch vermisst wurde. Den vorliegenden Fall betreffend, scheint es doch, als ob ein starker Juckreiz vorherrscht; und das wäre bei Impetigo contagiosa immerhin ein auffallendes Symptom, denn die Impetigo contagiosa macht erhebliche Juckbeschwerden nicht. Da ausserdem das Gesicht nicht befallen ist, würde die Frage entstehen, ob Scabies auszuschliessen ist, weil doch als Begleiterscheinung der Scabies die Impetigo contagiosa auftreten und die erste Grundlage für weitere Erkrankungen bilden kann. Dann möchte ich noch hinweisen auf die Aehnlichkeit mit den von Zeit zu Zeit vorgestellten Fällen von vermeintlicher generalisirter Vaccine, wo das differentielle Moment gewöhnlich nicht genügend betont wird, dass die Imp. cont. im Gegensatz zu der Vaccine keine Narben setzt.

Hr. Ledermann weist auf den von Kund Faber betonten Zusammenhang von Pemphigus acutus neonatorum und Impetigo contagiosa hin. Die Anfrage des Herrn Lassar beantwortet Hr. L. in dem Sinne, dass Scabies auszuschliessen und ebenso Vaccine généralisée von der Hand zu weisen ist, letztere besonders wegen des Fehlens von Narben.

2. Hr. **Ledermann:** Der Pat., Bremser, welcher an einer recenten Lues und Gonorrhoe leidet, erkrankte unmittelbar nach einer Schultercontusion bei einem Eisenbahnunfall an einer **linksseitigen Epididymitis,** welche allen Heilversuchen trotzt. Es bildete sich in der Haut der linken Hodenseite ein Infiltrat, das fluctuirt, incidirt wird und bei der Heilung einen eiternden Fistelgang hinterlässt, in dessen Secret Tuberkelbacillen nicht gefunden werden. Bald erkrankte die rechte Epididymis. Es bildet sich ein Senkungsabscess der rechten Hodenhälfte. Die Diagnose schwankt zwischen einer luetischen, gonorrhoischen und tuberculösen Erkrankung.[2])

Discussion.

Hr. Lewin möchte die linksseitige Schwellung von der rechtsseitigen unterscheiden. Bei der linksseitigen könnte man an eine Samenfistel denken und muss darauf das Secret der Wunde untersucht werden. (Hr. Ledermann: Es ist kein Samen darin.) Die rechtsseitige Schwellung scheint durch eine Lymphangitis, wobei Lymphe in grösserer Quantität in das lockere Gewebe entleert wurde, erzeugt. Die Schwel-

1) Anm. b. d. Correctur. Es haben sich später Staphylococc. aureus und citreus entwickelt.

2) Nachschrift bei der Correctur. Die doppelseitige, von Herrn Dr. Karewski ausgeführte Castration ergab eine vorgeschrittene tuberculöse Erkrankung beider Hoden und Nebenhoden.

lung kann bis zur Mündung der Lymphgefässe verfolgt werden. Lymphangitis an dieser Stelle kommt ja häufiger vor, und sind diese Fälle nicht so ganz selten. Dagegen ist der Uebergang einer Epididymitis in Eiterung selten.

3. Hr. **Richter** (Krankenvorstellung) stellt aus der Klinik des Herrn Dr. Rosenthal einen Fall von **Lichen planus** vor, der sich durch das Alter des Pat. und die gruppenförmige Localisation auszeichnet. Der Pat. ist 12 Jahre alt, die Familie ist gesund. Vor einem Jahre bemerkte er zuerst einen Ausschlag in beiden Achselhöhlen, der sich dann auf den Hals, die Knie und Ellbogenbeugen und zuletzt auf Penis und Scrotum ausbreitete. Die Affection besteht aus characteristischen Knötchen, die z. Th. ziemlich stark prominiren. In der Umgegend der einzelnen Gruppen finden sich braune Pigmentflecke, ebenso am Abdomen. Dieselben scheinen Reste früherer Knoten zu sein. Seit 14 Tagen wird Pat. mit Liquor Kali arsenicosi behandelt, und hat die Involution bereits begonnen. Die Photographieen zeigen die Gruppenbildung recht deutlich.

Tagesordnung.

4. Hr. **Lewin** (Krankenvorstellung): Die beiden Kranken haben etwas Gemeinsames; beide leiden an **Lichen syphilitus**, bei dem einen combinirt mit einem maculopapulösen Exanthem. Beide haben das Gemeinsame, dass die Syphilis bei ihnen gallopirend verlief. Beide haben vor $2^1/_2$ Monaten eine Sklerose gezeigt, bei beiden traten rasch breite Condylome am Palatum molle und der Lichen auf. Bei beiden war die Sklerose sehr unbedeutend, wenig hart und wenig umfangreich, wie dies öfter der Fall ist. Der zweite Kranke ist dadurch merkwürdig, dass bei ihm am Ende der subcutanen Quecksilbercur, d. h. nach 40 Injectionen, wo selbst der sonst sehr hartnäckige Lichen beinahe geschwunden war, sich plötzlich ein Recidiv in Form einer gummösen Iritis einstellte. Man ist noch nicht einig darüber, ob man diese Tumoren als breite Condylome oder Gummata auffassen muss. Diese Recidivirung der Syphilis nach subcutanen Injectionen von Sublimat tritt auch auf nach allen anderen antisyphilitischen Curen. Vortragender lässt sich des Näheren über die längeren nothwendigen Curen bei Syphilis aus, theilweise gegen die Fournier'sche Methode. Bei dem zweiten Kranken ging ein akneartiges Knötchensyphilid in ein kleinpustulöses Exanthem über, welches grosse Aehnlichkeit mit vulgärer Variola jetzt noch zeigt.

Discussion über die Vorträge der Herren Richter und Lewin.

Hr. Isaac hat vor einigen Jahren ein junges Mädchen von etwa 12 Jahren vorgestellt, bei welchem die Differentialdiagnose zwischen Lichen scrofulosorum, Acne cachecticorum und Lues schwankte. Er machte damals aufmerksam auf die Anordnung in Gruppenform und man neigte sich zur Annahme einer Lues. Der Fall ähnelte deutlich dem letzten von Herrn Lewin vorgestellten.

Hr. Saalfeld fragt Herrn Richter, ob im Munde Erscheinungen waren, denn gerade bei Pat., die Lichen planus an den Genitalien haben, kommen auch im Munde Erscheinungen vor. (Hr. Richter: Im Munde sind keine Erscheinungen gefunden worden.) Sodann weist Hr. S. noch casuistisch darauf hin, dass er vor einiger Zeit ein junges Mädchen behandelte, bei dem sich Lichen planus nur in der Achselhöhle vorfand und ausserdem starker Pruritus vulvae bestand. — Ferner frägt Hr. S. Herrn Lewin, ob es nicht möglich ist, dass ausser den syphilitischen Stellen noch einzelne Stellen als gewöhnlicher Lichen planus zu betrachten sind.

5. Hr. **Lewin**: Die andere Patientin, 44 Jahre alt, leidet an **Icterus melas und Exanthema pustulosum.** Sie wurde vor 25 Jahren wegen breiter Condylomen an den Geschlechtstheilen von mir mit meiner Sublimat-Injectionscur (12 Injectionen) behandelt und war bis vor 6 Jahren gesund. Da stellten sich Leberschmerzen ein, wogegen sie mit Erfolg Karlsbad gebrauchte. Der jetzige Icterus besteht seit 2 Jahren, seit 6 Monaten das Exanthem. Die Kranke wurde bald nach der Injectionscur von einem ausgetragenen Kinde entbunden, welches, 1 Jahr alt, an Bräune starb. Stat. praes.: Abmagerung, olivenähnliche Färbung der Haut und Schleimhaut. Rypia auf Rücken und Brust. Keine Aplasie der Zungenbalgdrüsen. Beim Befühlen des Zungengrundes kann man die Epiglottis mit untersuchen, die nur wenig verdickt erscheint. Die Leberdämpfung reicht von der 5. Rippe bis mehrere Finger breit unter den Rippenrand und bis zum Proc. xyphoideus und Nabel. Milz bedeutend vergrössert. Respiration regelmässig, Herzdämpfung ist etwas vergrössert, überall ein diastolisches und systolisches, schwaches Geräusch hörbar. Das Secret der Vagina ist gelblich gefärbt.

Hervorzuheben ist bei der Kranken

1. dass an der vergrösserten Leber kein Tumor, also auch kein syphilitischer, nachzuweisen ist;

2. dass die Zungenbalgdrüsen nicht auffallend atrophisch sind.

Beim Mangel dieser für Syphilis pathognomischer Symptome kann man auch die vorhandene Rypia möglicherweise für eine cachectische erklären. Wenn die Leberaffection syphilitischer Natur wäre, so würde nach so langem Bestand der Syphilis keine Hypertrophie, sondern eine Cirrhose vorhanden sein. Man könnte an Gallensteine denken, doch ist dann der Mangel an schmerzhafter Gallenkolik auffallend. — Ich will noch zusetzen, dass der Urin etwas Albumen enthält, aber keine Cylinder.

Discussion.

Hr. **Hoffmann**: Vielleicht ist in diesem Fall an Gallensteine zu denken, die den Icterus bedingen. Die Schmerzhaftigkeit, die Pat. nach ihrer Angabe vor 6 Wochen gehabt hat, spricht sehr dafür. Es kommen ja solche Fälle vor, wo die Gallensteine sich dann einkeilen und die Schmerzen ganz aufhören. Ferner ist ein Icterus, der nur von Syphilis herrührt, doch nicht so intensiv, und die Stuhlgänge bleiben dann noch gefärbt, während bei Verstopfung der Gallenwege eine vollständige Entfärbung erfolgt. Auch solche Milzschwellung findet man bei Cholelithiasis und Hr. H. glaubt, dass man annehmen kann, dass darin eher die Ursache des Icterus zu suchen ist, als in der Syphilis.

Hr. G. **Lewin**: Eine Hypertrophie der Milz ist bei allen länger bestehenden Erkrankungen der Leber durch die Betheiligung der Vena lienalis möglich.

6. Hr. **Heller** demonstrirt eine **mikrophotographische Lampe.** (Der Vortrag wird als Originalarbeit in der Berl. klin. Wochenschrift erscheinen.)

7. Hr. **Saalfeld** (Krankenvorstellung): Es bestehen bei dem 50jährigen Patienten seit einem Jahre Schmerzen im Halse beim Schnauben und Räuspern; vor $^1/_2$ Jahr zeigte sich ein Geschwür im Halse, das einmal cauterisirt wurde. Dann wurde Jodkali und local zur Linderung der Schmerzen Cocain gegeben. Als Pat. zu Hrn. S. kam, wurde folgender Status constatirt. Pat. ist ein grosser, hagerer Mann, nicht cachectisch, fühlt sich im Ganzen kräftig, ist nicht abgemagert. Er ist Vater von 12 gesunden Kindern, von denen das jüngste 9 Jahre alt ist, seine Frau hat nie abortirt. Pat. ist früher stets gesund

gewesen, will nie syphilitisch inficirt gewesen sein. Zeichen bestehender oder früherer Lues sind nicht vorhanden. Pharynx im Ganzen bläulich-roth, im Nasenrachenraum viel Schleim. Vom Zäpfchen ab rechts oben nach vorn und bis zu den Backzähnen und nach unten seitlich bis zur Zungenwurzel besteht ein scharfrandig ausgefressenes Geschwür; die Ulceration geht in der Zäpfchenparthie am tiefsten; hier besteht auch der stärkste gelbliche Belag. Es bestehen spontan auftretende, sehr heftige Schmerzen, besonders Nachts. Beim Schlucken von harten Bissen sind nur geringe Schmerzen vorhanden, die aber beim Leerschlucken stärker werden. Es bestehen rechts eine kleine Cubital-, beiderseits geringe Inguinaldrüsen. Deutliche, abgrenzbare Submaxillardrüsen sind nicht vorhanden, dagegen fühlt sich die rechte Kieferwinkelgegend etwas härter an. Mit Rücksicht darauf, dass es sich doch vielleicht um Lues handeln könne, wurde eine Schmiercur und Jodkali verordnet. Die Therapie war ohne Einfluss. Seit 6 Wochen wird Pat. mit concentrirter Methylenblaulösung 4mal täglich gepinselt und glaubt einigen Vortheil davon zu haben, doch kann er ohne Cocain nicht auskommen. Ein Stückchen ist excidirt, die mikroskopische Untersuchung ist noch nicht beendet. Die Untersuchung des Secrets hat bisher keine Tuberkelbacillen ergeben. Gegen Carcinom spricht der Umstand, dass die Drüsen nicht in dem Maasse geschwollen sind, wie sonst, trotzdem auf der rechten Seite eine gewisse Härte besteht. Hr. S. denkt in 4 Wochen ausführlicher darüber berichten zu können.

Discussion.

Hr. G. Lewin: Ich bestätige die Diagnose auf Tuberculose. Zwar fehlt die mikroskopische Untersuchung, doch ist dies desshalb ohne Bedeutung, weil in solchen Fällen er nur nach sehr vielem Suchen Bacillen fand. L. führt mehrere solche Fälle an.

Hr. Rosenthal zweifelt nicht an der Diagnose des Herrn Saalfeld, erinnert sich aber eines ähnlichen Falles, bei dem es sich um Carcinom gehandelt hat. Die Affection ging vom Zahnfleisch aus und dehnte sich auf den weichen Gaumen aus. Es bestand ein ganz oberflächlicher Zerfall. Methylenblaulösung wurde zuerst mit ganz eclatantem Erfolg, sowohl subjectiv als auch objectiv angewandt. Das Ulcus reinigte sich und zeigte eine Neigung zur Retraction. Mehrere Collegen, die den Fall mit beobachteten, waren ebenfalls der Ueberzeugung, dass der Process zum Stillstand gekommen sei. Derselbe ging aber nach der Tiefe weiter; der Fall endete lethal.

Hr. Saalfeld fragt Herrn Rosenthal, ob damals Drüsenschwellungen bestanden.

Hr. Rosenthal: Als Herr R. seinen Pat. zuerst sah, bestand eine kleine Drüsenschwellung am Unterkieferwinkel, die ihn — es sollte festgestellt werden, ob es sich um Lues handelt — mitbestimmte, die Diagnose zu stellen. Die Affection bestand damals ungefähr 3 Monate. Da Pat. sich absolut zu keiner Operation verstehen wollte, so wurde der Versuch mit Methylenblau aufgenommen. In dem vorgestellten Falle spricht gegen die Diagnose Tuberculose das Alter des Patienten.

Hr. Saalfeld bemerkt, dass die Affection schon 1 Jahr besteht und daraus vielleicht geschlossen werden darf, dass es sich nicht um einen Tumor malignus handelt; die mikroskopische Untersuchung wird das Weitere ergeben.

Sitzung vom 5. Juli 1892.

Vorsitzender: Herr Lewin.
Schriftführer: Herr Rosenthal.

I. Hr. **Joseph: Krankenvorstellungen.**

1. J. stellt einen Fall vor, der vielleicht, vom therapeutischen Standpunkt, ein gewisses Interesse erwecken dürfte. Das Gesicht dieser Patientin, von weitem gesehen, macht den Eindruck einer Negerin. Es ist aber eine Norddeutsche, bei der sich seit dem 6. Lebensjahre ein **Chloasma** entwickelte, das jetzt von so starker Ausdehnung ist, dass es für die Patientin in ganz enormer Weise, auch aus cosmetischen Rücksichten, störend ist. Ich habe der Patientin zunächst für das Gesicht die bekannte Sommersprossensalbe von Hebra gegeben, aber ohne Erfolg. Am Stamm habe ich Chrysarobin angewandt, aber auch ohne Erfolg, und jetzt in letzter Zeit habe ich einzelne Flecke mit Acid. carbol. liquefact. behandelt. Dies scheint noch das Beste zu sein. Der Erfolg ist freilich noch nicht zu sehen, aber ich kenne eine ganze Reihe von Fällen, in denen ganz gute Resultate damit erzielt wurden. Im Gesicht eignet sich dieser Fall nicht gut für Elektrolyse, weil die Pigmentirung viel zu diffus ist.

Hr. Lewin: Liegt Erblichkeit vor?

Hr. Joseph: Nein. Differentialdiagnostisch könnte man an Xeroderma pigmentosum denken, doch ist mir kein Fall bekannt, wo diese Krankheit so lange stationär geblieben ist. Gegen Morbus Addisonii spricht das Freibleiben der Schleimhäute.

2. J. hat noch zwei Fälle von **Angiokeratom** zeigen wollen, von denen der eine, ein 19jähriger Mensch, nicht gekommen ist. Die zweite Patientin hat ein ganz früh beginnendes Angiokeratom. Alle diese Patienten leiden gewöhnlich seit frühester Kindheit an Frostbeulen. Dieser Fall hier ist ganz im Beginn, bei den anderen Patienten waren es vielleicht 300—400 solche Bildungen. Ich habe den Mikrobrenner mit gutem Erfolge angewandt. Ich lasse dann noch heisse Sandbäder etwa 15—20 Minuten lang täglich für die Hände gebrauchen. Es kommen aber Recidive vor. Auch der Fall, den ich in der medicinischen Gesellschaft vorgestellt habe, war schon fast geheilt, und als ich ihn vor kurzem wieder sah, hatte er neue Blutungen.

Hr. Lassar bestätigt, dass er viele solcher Fälle, wenn auch nicht veröffentlicht, so doch Winter für Winter gesehen habe, kann also, obgleich diese Erscheinungen der Literatur nach eine Seltenheit sein sollen, sie doch nicht als solche bezeichnen. Derselbe macht auf die vergleichbaren Verhältnisse bei Venektasien der Beine, wo warzige Hervorragungen sich an die Stauung anschlössen, aufmerksam. Die Excrescenzen an den Fingern hat er immer mit dem Paquelin behandelt. Dann veröden immer eine ganze Zahl von Anastomosen.

Hr. Joseph muss Herrn Lassar Recht geben, dass derartige Fälle vielleicht nicht selten sind. Als er seinen Fall in der medicinischen Gesellschaft vorgestellt hatte, äusserten einige Collegen, dass sie solche Fälle oft gesehen, aber nie gewusst hätten, wohin sie sie bringen sollten.

Hr. Lassar: Der erste Fall dieser Art, den ich vor ca. 10 Jahren gesehen habe, betraf einen Herrn, der noch lebt und durch elastische Binden geheilt wurde. Ich habe jetzt eine Dame in Behandlung, bei der dasselbe Leiden vorliegt: Varicen, an deren Oberfläche die Epidermis hornig gewuchert ist.

Hr. Lewin: Ist nicht in Unna's Atlas ein Fall abgebildet worden?

Hr. Joseph: Ja.

Hr. Saalfeld behandelt augenblicklich einen 40jährigen Mann mit einer colossalen Vergrösserung der rechten unteren Extremität, sowie ausserordentlich starken Venektasien, welch' letztere auch auf der rechten Bauchseite, und zwar bis zur Nabelgegend, ebenso wie an der rechten Scrotalseite vorhanden sind. Die Erscheinungen sind durch Circulationsstörungen in den Abdominalgefässen bedingt. Der Patient hatte Unterschenkelgeschwüre, zahlreiche Angiome und Angiokeratome, die deshalb erwähnenswerth sind, weil sie nur rechtsseitig, nicht symmetrisch aufgetreten sind.

Hr. Lewin: In vielleicht 9 Fällen habe ich derartige Affectionen nicht von den Gefässen, sondern hauptsächlich von den Nerven abhängig gesehen.

3. Hr. Joseph demonstrirt des therapeutischen Interesses wegen eine **Psoriasis vulgaris**, welche sich, wörtlich genommen, vom Scheitel bis zur Sohle ausbreitete. Auf Wunsch des Patienten hat J. von jeder äusseren Behandlung absehen müssen. Sie werden sehen, dass schon etwas erreicht ist. Der Patient hat nach Köbner 60 Injectionen von Natr. arsenicos. bekommen. Bei früherer innerlicher Darreichung haben sich Intoxicationen eingestellt, bei subcutaner Darreichung sind dieselben ausgeblieben. Besonders aufmerksam machen möchte ich auf die Psoriasis der Nägel, und zwar in Bezug auf einen anderen Fall von Nagelerkrankung, der den Collegen B. betrifft, der sich mir für heute freundlichst zur Verfügung gestellt hat. Es entstehen hier (Zeichnung) eine Menge concentrischer, mit dem Eponychium paralleler Ringe, die sich mikroskopisch als tiefe Furchen demonstriren und durch die ganze Nagelplatte gehen. Dann bricht nach unten der Nagel ab, und dies wird immer weiter vorgeschoben, bis nachher der neue Nagel wieder abbricht u. s. w. Ich hatte hier bei dem Collegen zunächst an eine Sycosis gedacht, und zwar deswegen, weil er vor 2 Jahren an einer Sycosis litt. Ich habe mikroskopisch keine specifischen Pilze nachweisen können. Dieser Fall hat mit der Leucoonychia nichts gemein. Die Nägel der beiden Patienten sehen ganz verschieden aus.

Anmerkung bei der Correctur. Herr College B. hat mir leider erst jetzt mitgetheilt, dass vielleicht zur Entstehung seiner Nagelerkrankung die Art mit beitragen mag, wie er sich sein Eponychium entfernt. Er schneidet dasselbe nämlich tief bis auf den Nagel mit dem Messer durch. Ob dies aber die alleinige Ursache ist, kann ich nicht entscheiden.

Hr. Lewin hat eine grosse Zahl von Psoriasiskranken subcutan mit As behandelt und im Allgemeinen einen grossen Unterschied nicht gefunden. In zwei Fällen traten sehr böse Recidive auf. Ueberhaupt sieht man bisweilen solche nach innerem As-Gebrauch. Deshalb behandle ich lieber local. Ich habe schon früher auf die Gefahren längerer As-Behandlung aufmerksam gemacht, namentlich auf Verfettung selbst des Herzens!

Aehnliche Nagelerkrankungen wie bei Herrn Joseph's Kranken habe ich öfters beobachtet, in neuester Zeit bei einem mit Herrn Heller behandelten Russen, wir haben Photographien dieser Affection angefertigt.

Hr. Saalfeld hat gegenwärtig einen Patienten mit einer ähnlichen Erkrankung in Behandlung. Die Affection ist insofern weiter vorgeschritten, als die Nägel nicht mehr ihre gewöhnliche Convexität zeigen, sondern mehr oder weniger platt geworden sind und an einzelnen Stellen eine concave Form angenommen haben. Es waren Schuppen vorhanden und die Nägel blätterten sich ab. Der mikroskopische Be-

fund ergab zweifelhafte Trichophyten, aber die Schwierigkeit, sie selbst bei einem typischen Fall von Onychomycosis zu finden, ist ja bekannt.

Hr. Lassar erklärt sich für Herpes tonsurans, weist auf Pellizzari's Veröffentlichung hin und empfiehlt 1—2proc. Sublimatpflaster.

Hr. Joseph kann sich den Ausführungen der Herren Saalfeld und Lewin nicht anschliessen. Von einer Abschülferung ist hier gar nicht die Rede. Wenn es Herpes tonsurans wäre, so ist es doch sonderbar, dass ein typischer Fall noch nicht beschrieben wurde.

II. Hr. Peter: **Krankenvorstellung.**

Hr. Peter stellt einen Fall von Reinfection vor. Patient ist vor 12 Jahren in der Charité wegen Ulcus durum, dem ein papulöses Exanthem folgte, mit Sublimatinjectionen behandelt. Nachdem er bald darauf wegen eines im Halse localisirten Recidivs eine Schmiercur durchgemacht, hat er drei Jahre später geheirathet und in den beiden ersten Jahren seiner Ehe zwei gesunde Kinder erzeugt. Drei Jahre darauf hat seine sonst gesunde Frau zweimal abortirt. In vergangener Woche suchte Patient die Klinik des Herrn Dr. Lassar auf mit einer eben geheilten Sclerose, Drüsenschwellung und einem Exanthem, das genau denselben Character haben soll, wie dasjenige vor 12 Jahren. Das Allgemeinbefinden ist ein schlechteres als nach der ersten Infection.

Hr. Rosenthal fragt, ob es bekannt ist, wie der Patient seinen jetzigen Schanker behandelt hat. (Herr Peter: Nein, es ist nichts zu eruiren.)

Da anamnestisch nichts darüber zu eruiren ist, so erinnert Herr R. daran, dass man häufig derartige Sclerosen von neuem auftreten sieht, wenn bei Syphilitischen irgend welche Erosionen unschuldiger Natur mit Reizmitteln behandelt werden. Es fällt diese Erscheinung in das von Tarnowsky hauptsächlich behandelte Capitel über Reizung und Syphilis. R. hatte erst unlängst Gelegenheit, einen Patienten zu sehen, der sich früher Lues zugezogen hatte und nun nach einigen Jahren wieder inficirt zu sein glaubte. Es handelte sich um eine Erosion in Sulco coronario, die von einem Collegen mit Argentum stark geätzt und nach kurzer Zeit eine Sclerose vortäuschte, die von dem behandelnden Collegen als Reinfection gedeutet wurde. Es zeigte sich aber bald, dass davon keine Rede war. R. glaubt, dass mancher beschriebene Fall von Reinfection auf einen derartigen Pseudoschanker zurückzuführen ist.

Hr. Ledermann schliesst sich den Ausführungen des Herrn Rosenthal bezüglich der aus der Aetzung von Penisgeschwüren entstehenden, differentialdiagnostischen Irrthümer vollkommen an. Den vorgestellten Fall hält er für absolut beweiskräftig.

Hr. Lewin: Dass Reinfectionen selten auftreten, kommt wohl daher, dass die meisten Kranken noch nicht geheilt sind, wie dies die vielen Recidive nach selbst über 20 Jahren beweisen. — Ich habe nicht so selten Reinfection bei Kranken beobachtet, welche eine gründliche, d. h. längere und wiederholte Sublimat-Injectionscur durchgemacht haben und geheilt waren.

III. Hr. A. Lewin stellt im Auftrage von Herrn Posner aus dessen Poliklinik einen 24jährigen jungen Mann mit einer angeborenen Penisfistel vor. Der Patient leidet seit 8 Wochen an einer Gonorrhoe, welche die Harnröhre sowohl als die Fistel betraf. Derartige Fälle sind bisher erst 9 in der Literatur beschrieben worden. In diesem Falle hat der Fistelgang eine Länge von $14^1/_2$ cm; er mündet dicht oberhalb des Orificium urethrae. Sondirt man, so kommt man auf einen blinden Gang in der Gegend der Symphyse vor dem Diaphragma pelvis. — Herr L. bespricht die verschiedenen Ansichten über Entstehung und Be-

deutung dieser Fisteln; dieser Fall scheint dafür zu sprechen, dass es sich um einen Ausführungsgang einer Cowper'schen Drüse handelt (Englisch), wofür auch der Umstand spricht, dass es nach Reinigung der Fistel und Druck auf die Gegend der Cowper'schen Drüse gelingt, ein fadenziehendes Secret zu entleeren, das auch mikroskopisch dem der Cowper'schen Drüsen entspricht; auch hat Patient selbst die Beobachtung gemacht, dass sich bei der Ejaculation aus der Fistel ein klares, durchsichtiges Secret entleert. Herr Posner hat die Absicht, den Fall demnächst zu operiren.

Hr. Ledermann: Ist dieser Gang auch gonorrhoisch inficirt?

Hr. A. Lewin: Jawohl, es sind Gonokokken nachgewiesen.

Hr. G. Lewin: Man könnte an eine Urethralfistel bei dem Kranken denken. Ich behandle augenblicklich mit Herrn Heller mehrere solche Patienten, von denen einer 8 Fisteln hat. Solche gehen sowohl von den Littré'schen Drüsen und selten von der Cowper'schen aus. Es tritt zunächst eine Periurethritis cavernosa penis auf, die sich in mehreren Formen zeigt. Einmal bildet sich am Sulcus retrogl. eine knotenartige Induration, die als syphilitische Sclerose verkannt werden kann. Ein ander Mal bildet sich der Knoten mehr nach der Wurzel des Penis zu. Im ersten Fall entsteht ein Ulcus, das nach der Urethra durchbricht und eine Fistel hinterlässt. Im letzten Fall persistirt der Knoten oft sehr lange und bewirkt eine Deviation des erigirten Penis und dadurch Unmöglichkeit des Coitus.

Hr. A. Lewin: Unsere Fistel hat aber keinerlei Verbindung mit der Urethra.

IV. Hr. Dr. C. Benda a. G.: **Ueber Morphologie und Function der Hautdrüsen.** (Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht.)

Hr. G. Lewin: Dass im Schweiss auch Fett vorkömmt, dafür spricht das theilweise fettige Secret in der Palma manus und Planta pedis, wo Talgdrüsen fehlen. — Auf 2 Theile möchte ich hinweisen, welche Fett absondern: auf die Thysson'schen Drüsen und auf die innere Lamelle des Präputiums. Bei letzterer findet eine fettige Metamorphose in toto statt. Das Fett von beiden Orten wird auf die der Fettdrüsen entbehrende Glans gebracht und schützt diese vor Eintrocknung i. e. Einrisse und Infection.

Die Circumanaldrüsen haben insofern ein Interesse, als sie oft viel fettige Massen liefern, die von Laien als hämorrhoidal angesehen werden.

Hr. Ledermann hat bei seinen Untersuchungen über den Fettgehalt der normalen Haut stets ansehnliche Mengen osmirter Fettkügelchen in den Zellen der Drüsenknäuel neben Pigmentkörnchen nachweisen können.

Hr. Benda: Um auf die verschiedenen Fragen einzugehen, nehme ich zunächst in Bezug auf den Fettgehalt des Schweisses keine negirende Stellung ein. Es ist möglich, dass sich Fett darin vorfindet. Mein Widerspruch betrifft nur die Behauptung Unna's, dass die Fettsecretion lediglich von den Drüsen ausgeht und der Schweiss von der Epidermis.

Was die Thysson'schen Drüsen betrifft, so habe ich sie nicht selbst untersucht, aber sie werden doch zu den Talgdrüsen gerechnet und sind auch entwickelungsgeschichtlich so aufzufassen.

Von den Perianaldrüsen habe ich nur Präparate neugeborener Kinder gesehen, und auch mitgebracht. Hier ist das Epithel der Drüsenzellen beinahe flach, es ist dies aber kein Beweis dafür, wie es beim Erwachsenen aussieht, und wir haben keinen Grund, an der Angabe der Autoren zu zweifeln, dass es dem der anderen grossen Schweissdrüsen gleicht.